

Tartu Ülikool
Psühholoogia Instituut

Monika Vändra

SEKSUAALVÄGIVALLA OHVRITE ESMASE PSÜHHOLOOGILISE NÕUSTAMISE
JUHENDI KOOSTAMINE

Magistritöö

Juhendajad: Kaia Kastepõld-Tõrs, *MSc*
Kairi Kreegipuu, *PhD*

Läbiv pealkiri: seksuaalvägivalla ohvrite psühholoogiline nõustamine

Tartu 2015

Kokkuvõte

Pealkiri: Seksuaalvägivald ohvrite esmase psühholoogilise nõustamise juhendi koostamine

Magistritöö annab esmalt ülevaate seksuaalvägivald olemusest, sellega seotud väärarusaamadest, seksuaalvägivald levimusest nii Eestis kui maailmas ning peamistest tagajärgedest. Seejärel käsitletakse erinevaid psühholoogilisi sekkumisi, mida saab rakendada töös seksuaalvägivald ohvritega. Lisaks vaadeldakse 7 Eestis ja 8 mujal maailmas valminud manuaali, mis on suunatud seksuaalvägivald ohvritega töötavatele spetsialistidele. Kirjanduse ülevaate ja analüüsi põhjal koostati esialgne psühholoogidele suunatud juhendmaterjal suunamaks tööd seksuaalvägivald ohvritega. Nimetatud juhendile andsid tagasiside 9 seksuaalvägivald ohvritega töötavat spetsialisti (kliinilised psühholoogid, psühhoteraapid, günekoloogid, ministeeriumi töötaja). Saadud hinnangute ja tagasiside põhjal korregeeriti esialgset juhendmaterjali ning valmis „Seksuaalvägivald ohvri esmane psühholoogiline nõustamine“ pilootversioon. Tegemist on juhendiga, mis vajab lõpliku versiooni valmimiseks psühholoogide-poolset kasutamist töös seksuaalvägivalda kogenud inimestega ning selle tulemusena ilmevate puudujääkide kõrvaldamist.

Summary

Title: Creating the manual for primary psychological counselling of sexual violence victims

The master thesis gives first an overview of the essence of sexual violence and distorted views on it, extent of sexual violence in Estonia as well as in the world, and of the main consequences. Next various psychological interventions are expanded upon, which can be applied at work with the victims of sexual violence. Additionally there are observed 7 Estonian and 8 other manuals from the rest of the world that are designed for the specialists dealing with the victims of sexual violence. Based on the overview and analysis of the literature, a primary manual designed for psychologists was composed to direct the work with the victims of sexual violence. The mentioned manual received feedback from 9 specialists working with the victims of sexual violence (clinical psychologists, psychotherapists, gynaecologists and a civil servant). The initial manual was then corrected according to the gathered opinions and feedback and a pilot version of the manual “Primary counselling of the victim of sexual violence” was prepared. This is a manual which first needs to be used by psychologists in the work with people who have experienced sexual violence, to reveal and eliminate deficiencies, before it could become a final version.

Sissejuhatus

Käesoleva töö üks eesmärk on anda ülevaade seksuaalvägivalla (SVV) olemusest, levimusest, sellega seotud väärarusaamadest, võimalikest tagajärgedest ning olulisematest aspektidest ohvrite psühholoogilisel abistamisel (ka psühhoteraapiad). Lisaks oli töö eesmärk saada seksuaalvägivalla ohvritega töötavatelt ekspertidelt tagasisidet juhendmaterjali kohta, mis valmis magistritöö lisana. Tegemist on psühholoogidele suunatud juhendmaterjaliga, mis on mõeldud psühholoogiliseks nõustamistööks esmastel kohtumistel seksuaalvägivalla ohvritega. Magistritöö lisas olevasse juhendi versiooni on sisse viidud täiendused ja parandused ekspertidelt saadud tagasiside põhjal.

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) definitsiooni kohaselt (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano, 2002) on seksuaalvägivald (*sexual violence*) igasugune seksuaalvahekord või seksuaalvahekorda astumise katse, soovimatud seksuaalse alatooniga märkused või lähenemiskatsed või muul moel isiku seksuaalsuse vastu sunni abil toimepandud teod teise isiku poolt sõltumata tema suhtest ohvriga, ükskõik millises kohas, sh kodus või tööl või mujal. Seksuaalvägivald on nii vägistamine (sh kooselus, kohtingul ja võõraste poolt) kui ka muudest seksuaaltoimingutest osa võtma sundimine. Seksuaalvägivalla üks vorme on seksuaalne ahistamine (*sexual harassment*). Seksuaalvägivaldaks loetakse ka prostitutsioonile sundimist, inimkaubandust seksuaalse eksploateerimise eesmärgil, sunniviisilist pornograafia tootmises osalemist, laste seksuaalset ärakasutamist, sundabielusid (sh laste abielusid), sunniviisilist rasedust, aborti või steriliseerimist, neitsilikkuse tõestamise sundi, naiste suguelundite moonutamist (mutilatsiooni) ja muid, peamiselt naistevastase vägivalla ilmingud.

Seksuaalvägivalda esineb kõikjal maailmas. Kuigi riigiti on läbi viidud väga erinevas mahu ja erinevatel alustel uurimusi, võib tulemuste põhjal arvata, et umbkaudu üks neljandik naistest on kogenud seksuaalvägivalda oma intiimpartneri poolt ja kuni kolmandik teismelistest tüdrukutest ütlevad oma esimese seksuaalvahekorra olnud jõuga pealesunnitult olevat) ning kuni 5% arenenud maade meestest on elu jooksul kogenud seksuaalvägivalda (Krug *et al.*, 2002). Euroopa Liidu riike hõlmavas Euroopa Inimõiguste Ameti (FRA) naistevastase vägivalla uuringus (2014) leiti, et alates 15. eluaastast on mõnda seksuaalvägivalla vormidest kogenud 11% naistest. Rootsi uuringu kohaselt aga on alates 15. eluaastast mingil eluhetkel kogenud seksuaalvägivalda 34% naistest (Uppsala Universitet, 2007).

Seksuaalvägivaldal on nii lühi- kui pikaajalised, füüsilised kui vaimsed ja reproduktiivtervist kahjustavad tagajärjed, mis mõjutavad nii kannatanuid kui nende lapsi ja peret. Kõige sellega kaasnevad nii sotsiaalsed kui majanduslikud kahjud. Naistel, kes on kogenud

seksuaalvägivalda, on 1,5 korda suurem risk põdeda sugulisel teel levivaid haigusi ja 2 korda suurem tõenäosus teha aborti (WHO, 2014). Füüsilise ja seksuaalvägivalla tagajärjel võivad ohvritel tekkida depressioon, posttraumaatiline stressihäire (PTSH), unehäired, söömishäired, seksuaalfunktsiooni häired, emotsionaalne distress, langenud enesehinnang ja esineb suitsiidkatseid (FRA, 2014; WHO, 2014). Surmad vägistamise tagajärjena võivad tuleneda enesetappudest, HIV-nakkusest või mõrvast.

Terviseprobleemidest on leitud seoseid (WHO, 2012) peavaluga, kõhupiirkonna valudega, seedetrakti häiretega ja üldise kehva tervisliku seisundiga ning suurenenud riskiga tubaka, alkoholi ja narkootiliste ainete kuritarvitamiseks. Kuritegelikku käitumist soodustavad riskifaktorid (WHO, 2014; AJSG, 2013) on madal haridustase, lapseas väärkohtlemise kogemine või perevägivalla pealtnägemine, alkoholi liigtarvitamine, antisotsiaalne isiksusehäire, hoiakud, mis pooldavad vägivalda ja soolist ebavõrdsust, ideoloogiad meeste seksuaalsest eesõigusest ning nõrgad õiguslikud sanktsioonid seksuaalvägivalla suhtes. Ohvriks sattumise tõenäosust suurendavad (WHO, 2014) madal haridustase, vanematevahelise vägivalla nägemine, lapsepõlves kogetud kuritarvitamine, vägivaldses suhtes minevikus, suhtega rahuolematus, partnerite vahelised suhtlemisraskused, vägivalda ja soolist ebavõrdsust aktsepteerivad hoiakud.

Meetod

Käesoleva magistritöö eesmärkidest lähtuvalt moodustas töö esimese etapi ülevaate kogumine seksuaalvägivalla olemusest, levimusest, sellega seotud väärarusaamadest, võimalikest tagajärgedest ning olulisematest aspektidest ohvrite psühholoogilisel abistamisel (ka psühhoteraapiad). Paralleelselt EBSCO andmebaaside artiklitega otsiti nii Eestis kui maailmas valminud juhendmaterjale, mis oleks suunatud spetsialistidele, kes töötavad SVV ohvritega. Läbitöötamiseks ja analüüsiks sobilikeks osutusid 8 välisriikides ja 7 Eestis valminud allikat (käsitletud alapeatükis „Ülevaade kasutatud manuaalidest“).

Magistritöö teises etapis koostati artiklitele ja manuaalide analüüsile toetudes esialgne juhendmaterjal psühholoogidele tööks seksuaalvägivalda kogenud inimestega. Kuna üks töö eesmärkidest oli koondada Eesti spetsialistidelt tagasisidet ja soovitusi koostatud juhendi kohta, siis saadeti eelnevalt nõusoleku andnud ekspertidele juhendmaterjali algversioon, mille sisulist osa paluti kommenteerida (vajadusel dokumendis muudatusi tehes) ning lisaks anda hinnang küsimustikku täites (Lisa 1), kus pidi Likerti-tüüpi skaalal hindama iga peatükki ja lisa.

Töö viimases etapis koondati 9 eksperdilt saadud tagasiside ja kommentaarid ning selle alusel korregeeriti juhendi algversiooni ning valmis juhendmaterjal „Seksuaalvägivalla ohvri esmane psühholoogiline nõustamine“ (Lisa 2). Täpsemalt on küsimustiku edastamise protseduuri ja hindamist ning tagasisidet käsitletud alapeatükis „Tagasiside ekspertidelt“.

1. Ülevaade seksuaalvägivallaga seotud aspektidest

1.1. Seksuaalvägivalla uurimise ajalugu

Seksuaalvägivalla psüühiliste ja sotsiaalsete mõjude uurimine, vägistamis-kriisi liikumised ja ohvrite abistamine on alguse saanud feministe liikumisega 1970. aastatel. Enne seda oli fookus viktimoloogial ja kurjategijat iseloomustati kui hälbiva käitumise ja kontrollimatute seksuaaltungide subjekti (Petrak & Hedge, 2003).

Seksuaalvägivalla esimeste uuringute järgselt hakati nimetama reaktsiooni vägistamisele või vägistamiskatsele „vägistamistrauma sündroomiks“ (Burgess, 1983). See sündroom jaotati kahte faasi, kus on häiritud füüsilised, psühholoogilised, sotsiaalsed ja seksuaalsed aspektid inimese elus. Esimene on akuutne faas, see võib kesta päevadest nädalateni ja seda iseloomustavad üldised stressreaktsiooni sümptomid (šokk, eitamine, viha jne). Teine faas (kuudest aastateni) on reorganiseerimise protsess, mille jooksul ohvril on ülesanne taastada korrapärasus ja kontrollitunne oma maailmas. Tänapäeval aga ei ole vägistamistrauma sündroomi kontseptsioon leidnud empiirilist kinnitust – nimetatud sündroomi kriteeriumid on ebatäpsed ja ebamäärased; tõenduspõhisus on kaheldav; see pole kookõlas traumajärgsete sümptomitega; see ei arvesta oluliste vahendavate teguritega ja ei ole kultuuriliselt tundlik; seetõttu ei ole seda mudelit soovitatav kasutada kohtusüsteemis ega kliinilises praktikas. (O'Donohue, Carlson, Benuto, Bennett, 2014; Petrak & Hedge, 2003).

1.2. Seksuaalkuritegude esinemissagedus

Eesti Vabariigi Karistusseadustikus (2014) on määratletud seksuaalkuriteod, mis võib tinglikult jagada kolme gruppi: seksuaalse enesemääramise vastased süüteod (kontaktset), pornograafia süüteod ja lapsealise seksuaalne ahvatlemine (mittekontaktset). 2014. aastal Eestis registreeritud seksuaalkuritegudest (324 juhtu) moodustavad seksuaalse enesemääramise vastased ligi 62% ning mittekontaktset seksuaalkuriteod 38% (Justiitsministeerium, 2015). Alaealist kahjustavad seksuaalkuriteod moodustasid 82% kõigist seksuaalkuritegudest. Vägistamiste puhul oli kannatanu keskmine vanus 17,4 aastat. Vähemalt 80% juhtudel oli väärkohtleja lapsele tuttav ja ligi pooltel juhtudel oli tegu pereliikmega (Justiitsministeerium, 2015).

Euroopa Inimõiguste Ameti andmetest selgub, et alates 15. eluaastast on iga kaheksas Eesti naine (13%) enda hinnangul kogenud seksuaalvägivalda (FRA, 2014). Varasema Eestis läbi viidud uuringu alusel (Part jt., 2007) koges viimase aasta jooksul seksuaalvägivalda 5,6% küsitletud naistest. Eesti noorte (16-20 a.) uuringu kohaselt (Soo & Kutsar, 2004) oli elu jooksul

vähemalt korra kogenud seksuaalset väärkohtlemist 44,5% neidudest ja 15% noormeestest. Seksuaalne väärkohtlemine tähendas nimetatud uuringus lisaks sunnitud suguühetele ka ohvrile vastutahtelist alasti eksponeerimist ja käperdamist. Eestis 2005. a. läbi viidud monitooringu alusel oli viimase aasta jooksul mistahes seksuaalset ahistamist kogenud keskmiselt iga kolmas naine (31%) ja pea iga viies mees (19%) (Derman jt., 2006). FRA (2014) uuringu andmetel on Eestis umbes pooled (53%) naised alates 15. eluaastast kogenud vähemalt üht seksuaalse ahistamisena käsitletavat situatsiooni.

1.2.1. Seksuaalkuritegude raporteerimine

Kuna on teada, et vägistamised on alaraporteeritud (FRA, 2014), siis tegeliku kuritegude arvu leidmiseks kasutatakse enamasti ohvriuuringute andmeid. Nelja riigi (Austraalia, Kanada, USA ja UK) andmetel on leitud, et kõikidest seksuaalse vägivalla kuritegudest raporteeriti eelneva 15 aasta jooksul politseisse vaid 14% (Daly & Bouhours, 2010). Rootsis läbiviidud uuringu kohaselt jõuab politseisse hinnanguliselt 5-10% seksuaalvägivalla juhtumitest (Uppsala Universitet, 2007). USAs kogutud andmete põhjal raporteeriti (kas ohvri enda või kellegi teise poolt) 36% vägistamisjuhtumitest ja 34% vägistamiskatsetest politseile (Rennison, 2002). On ilmnunud, et 70% ohvritest räägivad juhtunust kellelegi (peale politsei), sagedamini sõpradele (Smith, 2005). Lisaks on leitud (Walsh & Bruce, 2014), et kui ohvril on tegemist PTSH vältimissümptomite esinemisega (püüd vältida sündmust meenutavaid kohti, tegevus, inimesi ning tegutsemisvõime langus), siis on politseile raporteerimise tõenäosus väiksem. Ka seksuaalse erutuse märkide tekkimine vägistamise ajal võib olla üks kuriteo alaraporteerimise põhjustest (Levin & Berlo, 2004). Kui ohvril on domineerivad taaskogemise sümptomid, tegemist on võõra poolt toime pandud rünnakuga ja/või rünnakuga kaasnevad tõsisemad füüsilised vigastused on raporteerimise tõenäosus suurem (Ullman, Filipas, 2001; Walsh & Bruce, 2014).

1.3. Seksuaalvägivallaga seotud väärarusaamad (nn. müüdid) ja hoiakud

On mitmeid vägistamisega seotud müüte, väärarusaamasid ja stereotüüpe, mis mõjutavad, kuidas ühiskond, õigussüsteem ja meditsiinisüsteem lähenevad seksuaalvägivalla käsitlemisele. Tähelepanu vägistamisega seotud müütidele ja stereotüüpidele pööras esmalt feministlik kirjandus (Petrak & Hedge, 2003). Eesti inimeste seas on levinud vägivallaohvrit süüdistav hoiak.

1. Müüt: vägistamine on füüsiliselt vägivaldne rünnak, mille paneb toime võõras öisel tänaval. Enamik rünnakuid pannakse tegelikult toime siseruumides ning kellegi poolt, keda ohver teab (Krug *et al.*, 2002; Justiitsministeerium, 2015; Uppsala Universitet, 2007). Euroopa Liidu riike hõlmavas uuringus leiti, et SVV rünnakute puhul oli teo toimepanijaks võõras 23% juhtudest (FRA, 2014).
2. Müüt: abikaasad või kooselupartnerid ei saa olla vägistajad. Tegelikult on vägistamine abielu- või kooselusuhtes levinud (FRA, 2014) ning ilmneb enamikes kultuurides.
3. Müüt: vägistatud naine pidi ise midagi tegema, et vägistamist põhjustada. Selline hinnang võib põhineda käitumisel või riietumisel. Ohvri väline atraktiivsus on vähe rünnakuga seotud – tegemist pole mitte seksuaalaktiga vaid vägivallaga.
4. Müüt: tõelist meest ei saa vägistada. Tegelikult kogevad mehed sarnaselt naistega šokki ja tunnevad rünnaku ajal abituse tundeid ja võimetust vastu hakata. On leitud, et suurem osa meestest (ja ka naistest) tunneb end tardununa seksuaalrünnaku ajal (Petrak & Hedge, 2003).
5. Müüt: ohvri seksuaalse erutuse märkide (orgasmi, erektsiooni või ejakulatsiooni) ilmumine vägivallaakti ajal tähendab ohvripoolset nõusolekut. Tegelikult on hulk inimeste ja loomade uuringuid (Levin & Berlo, 2004), mis kinnitavad, et kõrge füsioloogilise ergastuse tase võib tuua kaasa nii meestel kui naistel tahtmatu genitaalse reaktsiooni. Füsioloogiline seksuaalne erutus võib tekkida ka seksuaalvägivalla korral (Wells, 2006).
6. Müüt: vägistamine on tingitud kontrollimatust seksuaalihast. Vägistamine on tegelikult terroriseeriv, agressiivne akt, mis on kantud eesmärgist kontrollida ja alandada ohvrit, mitte kontrollimatust seksuaalihast (WHO, 2014; AJSG, 2013).
7. Müüt: seksuaalvägivalla kohta esineb rohkesti valekaebusi. Tegelikult ei esitata vägistamise kohta rohkem valesüüdistusi, kui teiste kuritegude kohta (Kelly, 2010). Enamlevinud hinnangute kohaselt on vägistamiskuriteod suuresti hoopis alaraporteeritud (FRA, 2014).

Stereotüüpide olemasolu on kinnitanud paljud uuringud, kus on uuritud professionaalide suhtumist vägistamisse, sealhulgas õigussüsteemi töötajad, politseinikud, arstid, õed ja tervishoiutöötajad. 2014. aastal Eesti juristide ja politseiuurijate seas läbi viidud uuringus (Pettai, 2015) käsitleti muuhulgas hoiakuid füüsilise ja seksuaalvägivalla suhtes. Vaadet mõtlematult käituvatest naistest, kes ise enda hoolimatuse ja rumalusega vägivalla esile kutsuvad, toetas valdav osa, 67% juristidest ja 71 % politseiuurijatest. Seisukohti, et naised näägutavad mehe kallal seni, kuni viimasel ütleb närv üles ja ta naisele kallale läheb toetas 58% juristidest ja 75% politseiuurijatest. Naiste väljakutsuv käitumine ja riietus, kogus märksa

vähem toetajaid, vaid 28% juristidest ja 42% politseiuurijatest olid sellega nõus. Ligi pooled (47%) küsitletutest peavad naissoost seksuaalvägivalla ohvrit juhtunud vastutavaks (TNS EMOR, 2014). Umbes iga teine Eesti 16–20-aastane õpilane arvab, et kui noor laseb ennast seksuaalselt ära kasutada, siis ta vastutab ise juhtunu eest (Soo jt., 2015). Alljärgnevalt ülevaade mõningatest vaeleusaamadest.

Kokkuvõttes on oluline olla teadlik, et seksuaalne rünnak on pigem ekstreemne agressioon teise inimese vastu, mida väljendatakse seksuaalset, kui seksuaalakt, mida on väljendatud agressiivselt.

2. Seksuaalvägivalla tagajärjed

Päevade, nädalate, kuude jooksul peale rünnakut võib ilmned hulk erinevaid reaktsioone – käitumuslikud, afektiivsed, füsioloogilised ja kognitiivsed (Jina & Thomas, 2013; Norris & Kaniastry, 1994; Campbell *et al.*, 2002). Lisaks kaasnevad vägivallakuritegudega ravikulud, mis on seotud kuriteo käigus saadud vigastuste ravimisega ja hõlmavad näiteks kiirabi väljasõitu, analüüse, arstide vastuvõttu, haiglapäevi, ravimeid, rehabilitatsiooni, psühholoogilist nõustamist või teraapiat. Analüüsis (Kallaste, Luuk, Järve, Kaska, Räis, 2015) leiti, et ravikulud ühe vägistamisohvri kohta on 3324 eurot, mis tekivad ühele ohvrile üle aastate (analüüsis kasutati hinnangu andmiseks välismaal läbi viidud ravikulude hinnanguid).

2.1. Emotsionaalsed reaktsioonid ja psühholoogilised tagajärjed

Seksuaalvägivalla ohvrite seas on enim esinevad järgmised emotsionaalsed reaktsioonid: hirm, agressiivsus, šokk, häiritustunne, häbi, piinlikkus, süütunne, viha; neist domineerivaim on hirm (FRA, 2014). Euroopa Liidu riikides naistevastase vägivalla uuringust ilmneb, et levinuimad psühholoogilised tagajärjed on: ärevus, depressioon, paanikahood, enesekindluse vähenemine, psühholoogilise haavatavuse suurenemine, unehäired, keskendumisraskused ning suhte probleemid (FRA, 2014). Nimetatud uuringu kohaselt on enim raporteeritud enesekindluse langust ja haavatavust. 63% naistest, kellel oli diagnoositud depressioon, olid kogenud lähisuhtevägivalda (Wong & Mellor, 2014). Lisaks leiti depressioon olevat enim levinud psüühikahäire lähisuhtevägivalda kogenud naiste seas – keskmine levimus ligi 47%; ka suitsiiririsk on oluliselt kõrgem lähisuhtevägivalda kogenud naistel võrreldes kontrollgrupi naistega (Golding, 1999). SVV kogenud naistest vastas depressiooni diagnostilistele kriteeriumitele samuti 47%, samas, kui SVV mitte kogenud naiste seas oli depressiooni esinemise määr ligi 17% (Santaularia *et al.*, 2014). Ligi 8% SVV ohvritest (nii nais- kui meesohvrid) vastas ärevuse diagnostilistele kriteeriumitele; ärevuse ja depressiooni

komorbiidsus avaldus 28% ohvritest (Choudhary, Smith, Bossarte, 2012). Suitsiidmõtteid esines 18% SVV ohvritest, võrreldes SVV mittekogenud naistega, kelle seas oli suitsiidmõtete esinemise määr 3,4% (Santaularia *et al.*, 2014).

2.1.1. Posttraumaatiline stressihäire (PTSH)

PTSH mõjutab 9-15% inimesi üldpopulatsioonist ja ligi 50% vägistamisohvritest (Regehr, Alaggia, Dennis, Pitts, Sain, 2013). Levinuimad sümptomid seksuaalvägivalla ohvritel on (Josse, 2010): sündmuste kordumise ja taaskogemise ilmingud, mäluhäired, dissotsiatiivsed sümptomid, segadus, keskendumishäired. Mõnedel ohvritel võib traumaatiline sündmus korduda tugevate dissotsiatiivsete nähtudena. Sellised sümptomid võivad meenutada lühiaegset psühhootilist hallutsinatoorse seisundit (Šlik *et al.*, 2007).

Uurides seksuaalvägivalla ohvreid, kellel oli vägistamisest möödunud suhteliselt vähe aega (keskmiselt 13 päeva) leiti, et ilma teraapiat rakendamata esines esimese nädala jooksul peale seksuaalrännaku PTSH sümptomeid 94% ohvritest, see vähenes 65%le protsendile kuu möödudes ning kolme kuu möödudes esines PTSH sümptomaatika 47% ohvritest (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, Walsh, 1992). Mitte-seksuaalse rännaku ohvritel leiti kahe nädala möödudes 70% PTSH sümptomeid ja kolme kuu pärast vastas PTSH kriteeriumitele 25% rännaku ohvritest, seega näib vägistamine kujutavat suuremat riski PTSH tekkeks, kui teised kriminaalkuriteod (Norris & Kaniasty, 1994). Kui vaadeldi kuriteo tõsidust või brutaalsust, siis selgus, et oht elule, füüsilised kahjustused ja lõpuleviidud vägistamine soodustavad märkimisväärselt PTSH tekkimist ning brutaalsema rännaku tagajärjel on meeleoluhäired suuremad (Kilpatrick *et al.*, 1998).

2.1.2. Somaatilised ja füsioloogilised reaktsioonid

Psühholoogilised kannatused võivad viia füsioloogiliste sümptomite tekkimiseni või vallandada somaatilisi haiguseid. Somatoformseid häireid iseloomustavad füüsilised kaebused, mis tunduvad olevat somaatilist päritolu, aga reaalselt ei leia kinnitust ükski orgaaniline patoloogia. Lähisuhtevägivalla ohvrite puhul on leitud suurem risk järgmiste terviseprobleemide tekkeks: ajutraumad, mälukaotus, krambihood, günekoloogilised probleemid, valulik suguühe, vaagnapiirkonna valud, ärritunud soole sündroom, artriit, seksuaalsel teel levivate nakkuste ja krooniliste valude tekkeks (Wong & Mellor, 2014; Campbell, *et al.*, 2002).

2.1.3. Seksuaalfunktsiooni ja reproduktiivsüsteemi probleemid

Seksuaalfunktsiooni häired on seksuaalvägivalla ohvrite seas sagedased ilmingud. Peamiselt ilmnevad (WHO, 2003): seksuaalhuvi langus, vastumeelsus vahekorra suhtes, anorgasmia, düspareunia (valulik suguühe), vaginism (tahtmatu tupelihaste kramp, mis takistab vahekorda). Harvadel juhtudel võivad seksuaaliha ja seksuaalne tegevus ka suurened. Lisaks esinevad ohvritel menstruaalhäired: amenorröa (menstruatsiooni puudumine), suurenenud vereeritus, düsmenorröa (valulik menstruatsioon), menstruaaltsükli häired (Josse, 2010; Jina & Thomas, 2013; Black, 2011). Süstemaatiline uuring (Becker, Skinner, Abel, Cichon, 1986) viidi läbi naissoost seksuaalvägivalla ohvrite seas võrdluses seksuaalrännakut mitte kogunud naistega. Leiti, et 59% seksuaalvägivallaga kogunud naistest esines mõni seksuaalne düsfunktsioon, kusjuures kontrollgrupi naistel oli seksuaalprobleemide esinemise määr 17% ning 71% vägivalla ohvritest leidis düsfunktsiooni tekkimise olevat seotud vägivallakogemusega. Günekoloogilisi probleeme on lähisuhtevägivallaga kogunud naiste kolm korda rohkem võrreldes tavapopulatsiooniga (Campbell *et al.*, 2002).

Seksuaalvägivallaga kaasneb tavaliselt ka sugulisel teel levivate haiguste oht ja naisohvrite jaoks soovimatu raseduse risk (Kase & Pettai, 2006). Seetõttu on vajalik (Part, 2014) antibiootikumiprofülaktika (kuni 5 ööpäeva peale rünnet), B-hepatiidivastane vaktsineerimine (kui ohver on vaktsineerimata), raseduse testimine, võimalusel hädaabi-pilli võtmine raseduse ennetamiseks või kaaluda raseduse katkestamist.

2.1.4. Käitumuslikud sümptomid ja riskikäitumine

Ohvritel ilmneb sageli ebatavalisi käitumuslikke sümptomeid, mis hõlmavad vältimiskäitumist, ülivalvsust (otsitakse obsessiivselt ohumärke), kergesti ehmumist, sõltuvuskäitumist, une- ja söömishäireid, muutusi hügieeniharjumustes (suurenenud hõivatus puhtusest või enese eest hoolitsemise vähenemine) ja ebatavalisi hoiakuid.

Riskikäitumiseks on vähenenud haiguste ennetamine, suurenenud alkoholi ja uimastite tarbimine, sugulisel teel levivate haiguste riskitegurid, suitsetamine, regulaarse tervisekontrolli puudumine (Black, 2011; Santaularia *et al.*, 2014). Nii isikulise (väärkohtlemine lapsepõlves või parteri poolt; emotsionaalne kuritarvitamine) kui umbisikulise trauma kogemine (sõjapiirkond, ohtlik naabruskond, lähedase mõrvamine) varasemas elus ennustavad PTSH sümptomite kujunemist peale SVV kogemust, kuid sõltuvusainete kuritarvitamist seksuaalvägivallaga toimetuleku eesmärgil ennustab vaid isikulise trauma kogemine (Ullman, Relyea, Peter-Hagene, Vasquez, 2013). Golding'i poolt (1999) läbiviidud metaanalüüsi

tulemuse kohaselt on lähisutevägivalda kogenud naiste seas keskmine alkoholi sõltuvuse või kuritarvitamise määr ligi 19% ja uimastite kuritarvitamise või sõltuvuse määr 9%.

2.1.5. Füüsilised vigastused

FRA uuringu (2014) kohaselt esines mitte-partneri poolset SVV kogenud naistest 47% mõni füüsiline vigastus; neil naistel, kelle suhtes SVV oli toime pandud partneri poolt, esines füüsilisi vigastusi 55%. Peamised füüsilised vigastused on verevalumid, sinikad, marrastused, haavad, nihestused ja põletused. Hinnanguliselt 67% naistest, kes jõuavad kiirabisse lähisutevägivalda tõttu, esineb peavigastus ja 1/3 naistest on vähemalt korra kaotanud rünnaku tulemusena teadvuse; neist 54-68% on kägistatud partneri poolt (Chrisler & Ferguson, 2006). Tapmised on suhteliselt haruldased võrreldes teiste tagajärgedega. On leitud (Black, 2011), et 42-66% naistest, kes on tapetud oma partneri poolt, on otsinud meditsiinilist abi aasta jooksul enne tapmist. Sellistel juhtudel on võimalikud sekkumised jäänud rakendamata.

2.1.6. Psühholoogiliste mõjude sotsiaalsed tagajärjed

Traumast tingitud psühholoogiliste sümptomite tagajärjel on halvenenud inimese sotsiaalne toimetulek (tegutsemine, suhtlemine, koostöö). Psühholoogilised tagajärjed võivad häirida või takistada inimesel täita oma igapäevakohustusi, kooli- või tööülesannete täitmist, mille tulemusel väheneb tavapärane rahaline sissetulek. Lisaks on mõjutatud vanemlik toimetulek ja seksuaalsuhe oma püsipartneriga. Seksuaalvägivallale võib järgneda ohvri häbistamine, diskrimineerimine ja see võib ohustada kannatanu positsiooni ühiskonnas (Campbell *et al.*, 2002)

3. Seksuaalvägivalda ohvri psühholoogiline abistamine

3.1. Ohvri eneseavamine traumakogemuse järgselt

SVV ohvrite uuringust (FRA, 2014) ilmnes, et kõige enam (umbes pooltel juhtudest) oodatakse rünnaku järgselt võimalust kellegagi rääkida ja moraalselt tuge (võrreldes näiteks meditsiinilise või majandusliku abi ootusega). Umbes neljandik vastanuist kinnitas, et nemad ei tundunud SVV järgselt puudust mingisugusest abist. Smith (2005) leidis, et teiste usaldamine on seotud vähema rumineerimisega ja vähemate terviseprobleemidega. Trauma kogemise määr sõltub suuresti sellest, kuidas ohvrit koheldakse peale intsidendist teadasaamist pereliikmete ja erinevate organisatsioonide töötajate poolt (WHO, 2004). Kuigi mõnikord soovitatakse terapeutidel, kes on isiklikult SVV kogenud, seda jagada ka oma sarnase kogemusega kliendiga, hõlbustamaks empaatilise sideme tekkimist, peaks terapeudid säilitama professionaalse

käitumise ja olema ettevaatlikud isikliku info jagamisega klientidele (Farber, Feldman, Wright, 2014).

3.1.1. Eneseavamisele järgnenud sotsiaalsete reageerinute mõju paranemisprotsessile

Ullman'i (1996) poolt uuriti positiivsete ja negatiivsete sotsiaalsete reageeringute mõju seksuaalvägivalla ohvrite eneseavamisele. Negatiivsed reageeringud olid süüdistamine, teistmoodi kohtlemine, kontrolliv käitumine, vajaliku tähelepanuta jätmine. Positiivsed reageeringud olid ohvri uskumine, reaalne abi/info pakkumine emotsionaalne toetus, kuulamine/rääkima julgustamine. Leiti, et negatiivsed sotsiaalsed reaktsioonid olid tugevalt seotud suurenenud psühholoogiliste sümptomitega ning kehvema paranemisega. Ainsad paranemist soodustavad ja vähem psüühilisi sümptomeid tekitavad reaktsioonid olid ohvri uskumine ja tema ärakuulamine teiste poolt. Sarnaselt eelpool toodud tulemustele, ei avaldanud ka Campbell'i jt (Campbell, Ahrens, Sefl, Wasco, Barnes, 2001) poolt läbiviidud uuringus positiivsed sotsiaalsed reaktsioonid nii silmapaistvat mõju paranemisele, võrreldes negatiivsete reageeringutega, mis takistasid paranemist. Ohvrid, kellel oli võimalus juhtunust oma lähedastega rääkida, olid väiksemad PTSH ja depressiooni skoorid ning vähem füüsilise tervise probleeme. Kui võrreldi seksuaalvägivalla ohvreid (Ullman & Filipas, 2001), kes avalikustasid intsidendi nii formaalses või informaalses kontekstis, ilmnes, et need, kes avaldasid juhtunu ametlikus vormis, said rohkem negatiivsete reaktsioonide osaliseks, võrreldes nendega, kes jagasid kogemust vaid informaalses kontekstis.

3.2. Ülevaade psühholoogilistest sekkumistest

Kui kliendiga kohtutakse mõni nädal peale rünnakut, akuutse stressreaktsiooni faasis, siis on kõige kohasem normaliseerida ja selgitada ning oodata veidi probleemi hindamise ja pikaajalise teraapia planeerimisega. Seda tulenevalt tõenditest, kuidas paljude inimeste jaoks raskused lahenevad suhteliselt lühikese ajaga ilma sekkumiseta (Rothbaum *et al.*, 1992).

3.2.1 Psühhodünaamilised teraapiad (*Psychodynamic therapies*)

Roth'i ja kolleegide poolt läbiviidud uuringus (Roth, Dye & Lebowitz, 1988) kasutati Horowitz'i lühikest psühhodünaamilist teraapiat, mille eesmärk on lahendada intrapsüühilist konflikti, mis tuleneb traumaatilisest kogemusest. Nimetatud uuringus rakendati naissoost seksuaalvägivalla ohvritel Horowitz'i mudelil põhinevat grupiteraapiat. Eesmärk oli töötada traumaga, taaskogedes vähehaaval sündmust talutaval tasemel. Tulemustena ilmnes hirmu, pealetükkivate sümptomite ja depressiooni vähenemine ning üldise funktsioneerimise paranemine.

3.2.2. Kognitiivse restruktureerimise teraapia (*Cognitive restructuring therapy*)

Kognitiivne teraapia töötati algselt välja depressiooni ravimiseks, aga hiljem laiendati ka ärevushäirete ravile. See teraapia põhineb eeldusel, et mitte niivõrd sündmused ise, kuivõrd sündmuse tõlgendamine on vastutav emotsionaalsete reaktsioonide tekkimise eest. Traumakeskse kognitiiv-käitumusliku teraapia aluseks oleva teoreetilise mudeli kese on sellel, et inimesed töötlevad traumaga või selle osadega seotud informatsiooni sellisel viisil, et see sisaldab käesolevalt ja püsivat ohtu iseenesele (Ehlers & Clark, 2000). Sellest johtuvalt on kognitiivse restruktureerimise teraapia eesmärk, et inimene käsitleks traumat ajaliselt piiritletud mineviku sündmusena, mis ei oma tingimata üldistatud mõju isiku tulevikule. Selleks rakendatakse nii kognitiivseid tehnikaid kui kujutluses taaskogemise meetodit. Kognitiivne traumakeskne teraapia on olnud kõrge efektiivsusega (nii laste kui noorte seas) PTSH sümptomite, ärevuse ja depressiooni vähendamisel (Smith *et al.*, 2007). Kognitiivse restruktureerimise teraapia mudel on näidanud kõrget PTSH sümptomite vähenemise kasutegurit – 89% patsientidest paranes, võrrelduna 45% paranemismääraga inimeste seas, kelle puhul rakendati vaid seisundi hindamist (Ehlers & Clark, 2008).

3.2.3 Kognitiivse töötamise teraapia (*Cognitive Processing Therapy CPT*)

CPT kombineerib omavahel kognitiivse teraapia ja eksponeerimise. CPT põhineb infotöötlusprotsesside teoorial ja hõlmab psühhoharimist, eksponeerimist ja kognitiivset restruktureerimist. On toodud välja, et CPT vähendab vägistamisohvritel märkimisväärselt PTSH ja depressiooni sümptomeid võrreldes kontrollgrupiga, lisaks paranes ka sotsiaalne toimetulek; mitte ükski klientidest ei vastanud peale 12-nädalat grupiteraapiat PTSH kriteeriumitele (Resick & Schnicke, 1992). CPT, PE ja kontrollgruppi võrdluses leiti, et nii eksponeerimisteraapia kui CPT olid kõrge tulemuslikkusega PTSH ja depressiooni sümptomite vähendamisel SVV ohvritel. Kahe teraapia vahel ei leitud märkimisväärsed erinevusi, välja arvatud asjaolu, et CPT näis olevat tõhusam süütunnete vähendamisel (Resick, Nishith, Weaver, Astin, Feuer, 2002; Regehr *et al.*, 2013).

3.2.4. Stressitaluvuse treening (*Stress inoculation training SIT*)

See on käitumuslik sekkumismeetod, mis arendati 1974. aastal Meichenbaum'i poolt ja kohandati 1982. aastal vägistamisohvritega tööks, ravimaks hirmu ja ärevuse sümptomeid. Mitmed uuringud on näidanud nimetatud meetodi rakendamise tulemusena vägistamishirmu ja ärevuse alanemist ning PTSH sümptomite vähenemist (Falsetti & Bernat, 2000). Treeningul on

kolm etappi: kontseptuaalne harimine; oskuste väljaarendamine ja kinnistamine; oskuste rakendamine ja lõpuleviimine (Meichenbaum, 2007).

3.2.5. Süstemaatiline desensitiseerimine (*Systematic desensitization SD*)

See tehnika töötati algselt välja foobiate ravimiseks. See lähenemine ühendab endas lõõgastumistehnikad ja lühiajalise kujutluses eksponeerimise. Klient eksponeerib ennast järjest hirmutavamatele kujutlustele olles samal ajal lõdvestunud seisundis. Uurimustulemused on näidanud, et SD ja CT on võrdselt efektiivsed hirmu ja ärevuse vähendamisel. (Petrak & Hedge, 2003).

3.2.6. Kestev eksponeerimine (*Prolonged exposure PE*)

PE üks peamisi eesmärke on kliendi korduv vastuastumine traumakogemusega seotud hirmutavatele kujutlustele ja mälestustele, et hirm ja ärevus väheneksid (Falsetti & Bernat, 2000). PE on andnud märkimisväärsed tulemusi PTSH, depressiooni, ärevuse, süütunde ja dissotsiatsioonide vähendamisel SVV ohvritel (Regehr *et al.*, 2013). Foa ja tema kolleegide poolt läbi viidud SVV ohvrite uuringus (Foa *et al.*, 1999) võrreldi eksponeerimisteraapiat, SIT-i ja nende kombinatsiooni. Tulemusena ilmnas, et kuigi kõik kolm sekkumist andsid tulemusi (vähenes PTSH sümptomite tõsidus ning depressioon) võrreldes ootenimekirjas olevate klientiga, andis PE mõnevõrra paremad ravitulemusi võrreldes SIT-ga ja kombineeritud teraapiaga. Tuleb täpsustada, et eksponeerimise komponent oli SIT-ist välja jäetud, et mitte segada erinevaid lähenemisi. See võis SIT-i efektiivsust antud uuringus vähendada (Foa *et al.*, 1999).

3.2.7. Silmaliigutuste desensitiseerimine ja ümbertöötlus (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR*)

Teraapia kombineerib nii kognitiivse töötluse kui eksponeerimise komponendid ning lateraalsed silmaliigutused. Teraapia käigus klient visualiseerib traumakogemuse, keskendub kaasnevatele kognitsioonidele ja visuaalselt jälgib terapeudi sõrme. Uuringute tulemused (Edmond, Sloan, McCarty, 2004; Rothbaum, 1997) kinnitavad, et EMDR-i rakendamine vähendab SVV ohvritel oluliselt PTSH ja depressiooni sümptomeid, võrreldes kontrollgrupiga. EMDR ja PE võrdluses rakendati (Rothbaum, Astin, Marsteller, 2005) neid tehnikaid naissoost vägistamisohvritel hindamaks PTSH sümptomeid. Nii PE kui EMDR tõid kaasa märkimisväärsed sümptomite vähenemise võrreldes ootegrupiga. Teraapiaviiside efektiivsus oluliselt ei erinenud, ei vahetult pärast teraapiat ega 6 kuu pärast. EMDR on vägistamisohvrite ravis andnud arvestatavaid tulemusi depressiooni, ärevuse, PTSH ja dissotsiatsioonide

vähendamiseks (Regehr *et al.*, 2013). EMDR ning traumakeskne kognitiiv-käitumuslik teraapia näitasid PTDS ravis paremaid tulemusi, võrrelduna stressi maandamise, relaksatsiooni ja psühhodünaamilise teraapiaga (Bisson *et al.*, 2007).

3.2.8. Kriisinõustamine

Kriisiolukorda defineeritakse (Šlik *et al.*, 2007) kui situatsiooni, milles inimene on vastakuti probleemiga, mida ta ei saa muuta ega vältida, kasutades tavapäraseid toimetuleku mehhanisme. Vastusena tekib tasakaalutuse seisund, mis kestab 6-8 nädalat. Kriisinõustamine keskendub kriisiolukorrast tulenevatele reaktsioonide normaliseerimisele, mitte niivõrd psühhopatoloogiale, toetatakse klienti leidmaks toimetulekuoskused vahetult peale kriisi. Eesmärk on ennetada kroonilisi traumajärgseid probleeme. Kriisisekkumise tehnikad ei ole leidnud empiirilist kinnitust, et neid võiks kasutada SVV järgsete sümptomite ennetamiseks. CBT on oluliselt tõhusam kriisisekkumistest (McNally, Bryant, Ehlers, 2003).

3.2.9. Psühholoogiline järeltöötlus (*Debriefing*)

Psühholoogiline debriifing on laialdaselt kasutusel olnud sekkumismeetod peale traumasid, ennetamaks PTSH tekkimist. Tegelikult aga pole veenvaid tõendeid, mis kinnitaksid PTSH esinemissageduse vähenemist, mõned uuringud (McNally *et al.*, 2003; Rose, Bisson & Wesseley, 2001) näitavad isegi, et debriifing võib takistada loomulikku traumast paranemist. CBT on näidanud efektiivsust PTSH ennetamisel ja ravimisel, kuid psühholoogilist debriifingut ennetamaks PTSH ei soovitata (Jina & Thomas, 2013).

3.2.10. Toetav nõustamine (*Supportive counselling SC*)

Toetav nõustamine tähendab eelkõige aktiivset kuulamist. Arutelu rünnakuga seotud teemadel, sh sümptomite käsitlemist ei toimu ega rakendata traumatöötlust soodustavaid tehnikaid. Foa jt. poolt 2006. aastal (Foa, Zoellner, Feeny, 2006) PTSH sümptomitega rünnaku ohvrite uuringus rakendati 4 nädala jooksul lühiajalist kognitiiv-käitumuslikku teraapiat (B-CBT) või toetavat nõustamist ning kontrollgrupi seisundi hindamist. Kõigil osalejatel vähenesid PTSH sümptomid, depressioon ja ärevus. Vahetult pärast sekkumisi andis B-CBT paremaid tulemusi, kui toetav nõustamine. Üheksa kuud peale sekkumisi aga ei olnud tulemustes olulisi erinevusi. Üldiselt aga on siiski leitud, et kognitiiv-käitumuslikud tehnikad on efektiivsemad võrreldes toetava nõustamisega (Vickerman & Margolin, 2009; Ehlers & Clark, 2003). Vägistamisohvrite PTSH puhul võrreldi (Foa, Rothbaum, Riggs, Murdock, 1991) nelja rakendatud tingimust: SIT, PE, SC ja kontrollina ootegrupp. Tulemusena ilmnnes, et SIT-i grupis vähenesid PTSH

sümptomid märkimisväärselt vahetult pärast teraapiat, võrreldes SC ja PE gruppidega. Kuid 3,5 kuu pärast mõõdetuna ilmnemiseid PE grupis parimad tulemused.

4. Seksuaalvägivalla ohvrite psühholoogilise nõustamise

juhendmaterjali koostamine

Juhendmaterjali (Lisa 2) koostamisel lähtuti magistritöö põhiosasse koondatud teooriatest ning teadustöödest. Lisaks sellele tugineti varem väljatöötatud juhenditele või käsiraamatutele ja magistritöö käigus kogutud ekspertide hinnangutele-soovitustele.

4.1. Ülevaade kasutatud manuaalidest

Enamik juhendmaterjalidest (nagu ka uurimustest) puudutavad naistevastast vägivalda, tõenäoliselt seetõttu, et valdav osa seksuaalrännakutest pannakse toime naiste vastu. Lähtuvalt mitmetes allikates välja toodud infost, et meeste ja naiste psühholoogilised reaktsioonid SVV järgselt ja psühholoogilised vajadused ei erine väga palju (Petrak & Hedge, 2003; Choudhary *et al.*, 2012) on võimalik seesuguste juhendite alusel töötada nii mees- kui naisohvritega. Ülevaate andmisel on rõhk manuaalides olevate psühholoogiliste aspektide olemasolul/puudumisel.

4.1.1. Välisriikides koostatud juhendmaterjalid

1. Uppsala Universitet (2007). *Handbook. National Action Programme for the Health Care and Medical Services' Reception and Care of Victims of Sexual Assault*. Uppsala: The National Centre for knowledge on Men's Violence Against Women

Ülevaade on antud SVV olemusest ja levimusest. Psühholoogilise sekkumise osa väga kesine, põgusalt on kirjeldatud ohvri võimalikke reaktsioone ja pikaajalisi psühholoogilisi tagajärgi. Peamine fookus on meediku töö patsiendiga lähtuvalt füüsilisest tervisest, dokumentatsioonist ja tõendite kogumisest.

2. California Coalition Against Sexual Assault (CALCASA) (1999). *Support for Survivors. Training for Sexual Assault Counselors*

Spetsiaalselt nõustajatele välja töötatud juhendmaterjal. Vaadeldud käsiraamatutest kõige mahukam käsitus, mis annab ülevaate seksuaalvägivalla olemusest, müütidest, kriisisekkumisest ning meditsiini- ja õigussüsteemist. Eraldi käsitleti meessoost, homoseksuaalseid, sõltlastest, religioosseid, teisest rassist või kultuurist, prostitutsiooni

kaasatud, puuetega jt vähemusgruppide ohvreid. Tegemist on pigem hariva, kui konkreetseid sekkumisi käsitleva materjaliga.

3. California Coalition Against Sexual Assault (CALCASA) (2001). *Counseling Tools for the Prevention and Reduction of Post-Traumatic Stress Reactions*

Kõige spetsiifilisem psühholoogilisele abistamisele suunatud käsitus – suunatud seksuaalvägivalla nõustajatele. Käsitletakse väärarusaamasid, enamlevinud SVV tagajärgi, negatiivsete uskumuste muutmist, peamisi nõustamisvõtteid ja tehnikaid. Väga praktiline ja hästi struktureeritud materjal. Väljatoodud põhimõtted kehtisid nii meeste kui naiste puhul. Materjal oli eelnevalt läbi vaadatud ja piloteeritud kolme vägistamiskriisi keskuse poolt.

4. California Coalition Against Sexual Assault (CALCASA) (2004). *Sexual Assault Training Standards. A Trainer's Guide*

Mõeldud 40-tunnise koolituse lisamaterjaliks, kus on toodud välja punktid, mida peaks nõustaja väljaõppe jooksul läbima. Lühipunktidenä käsitletakse allasurumist ja diskrimineerimist; laste ja teismeliste vastu suunatud vägivalda; kriisisekkumisi; õigus- ja meditsiinisüsteemi aspekte. Kriisisekkumise osa oli eelkõige loetelu praktilistest sammudest, mis ei sisaldanud põhjalikult psühholoogilise kriisiabi selgitust. Materjali näol oli tegemist oli eelkõige olulisemate nüansside loeteluga. Välja oli toodud jätkunõustamise vajaduse hindamine.

5. World Health Organisation (WHO 2004). *Clinical management of rape survivors*. Geneva

Eeskätt suunatud medikutele, kuid lühidalt on toodud välja ka SVV vägivalla võimalikud sümptomid (sh psühholoogilised). Juhendis on läbivalt rõhutatud ohvriga suhtlemise aspekte (normaliseerimine, rahulik, hooliv ja toetav hoiak ning ohvri sõnade mitte kahtluse alla seadmine). Peamine tähelepanu on koondunud kohtumeditiiniliste tõendite kogumisele.

6. World Health Organisation (WHO 2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva

Meditsiinitöötajatele suunatud kohtumeditiinilise fookusega juhend, milles on läbivalt pööratud tähelepanu ohvri psühholoogilisele haavatavusele, eesmärgiga ohvrile võimalikult vähe ebamugavust põhjustada. Suunatud peamiselt töötamiseks naistega, kuid tuakse välja ka meesohvritega seotud aspekte.

7. WHO (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. WHO clinical and policy guidelines. Geneva

Ülevaatluk materjal peamistest suunistest; fookus on naistele suunatud lähisuhtevägivallal, tõendite kogumisel ja meditsiinilisel abil. Psühholoogiliste aspektide käsitus on kesine – rõhutatud on vaid emotsionaalse toetuse olulisust, kuid põhjalikumalt seda valdkonda ei käsitletud.

8. Alberta Justice and Solicitor General (AJSG) (2013). *Best Practices for Investigating and Prosecuting Sexual Assault*. Alberta Government

Ülevaade on antud seksuaalkuritegude levimusest, toimepanijate iseloomustusest, ohvriks sattumise riskiteguritest. Juhendis on ka suhteliselt põhjalikult pööratud tähelepanu politseinikel ja uurijatel tekkida võivale sekundaarsele traumale. Põhjalik oli ka SVV tagajärgede kirjeldus (eelkõige stressreaktsioonid). Eraldi oli käsitletud võimalikke takistusi ohvri eneseavamisest ja tunnistuste andmisel, sh politseinike/uurijate hoiakutest tulenevad probleemid ning teisese ohvristumise riskid. Eristuvalt teistest käsitletud juhendmaterjalidest oli toodud välja ka internetipõhine seksuaalvägivald.

4.1.2. Eestis koostatud juhendmaterjalid

1. Kase, H., Pettai, I. (2006). *Naistearstile naistevastasest vägivallast*. Tallinn: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut

Suunitletud naistearstile tööks naistevastasest vägivallas; pigem on fookus lähisuhtevägivallal. Antakse ülevaade vägivalla vormidest ja määratlusest, olulistest aspektidest ohvri vastuvõtul naistearstil (lisaks erinevate uurimisandmete tulemused), sünnituskäitumisest, vägivalla tagajärgedest (peamiselt meditsiinilised) ja riskirühmadest. Kirjeldatud on meedikute rolli vägivalla märkamises; samuti suhtlemisuskuste ja koostöö tähtsust. Välja on pakutud ka näidisküsimustik naistearstile vägivallajuhtumi väljaselgitamiseks.

2. Allen, M., Perttu, S. (2010). *Sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna õpetajad vägivalla vastu. Õpetaja käsiraamat*. Helsingi: Helsingi Ülikooli Palmenia Täienduskoolitus Keskus

Välja on toodud laiemalt lähisuhtevägivallaga seotud aspektid. Käsiraamat on suunatud õpetajatele koolituste lisamaterjaliks. Tutvustatakse lähisuhtevägivalla olemust, mõjusid, naiste ohvrirollis püsivuse mõjutegureid. Käsitletakse ka praktilisi soovitusi kokkupuutel ohvriga. Kirjeldatakse olulisemaid aspekte kohtumeditiiniliste tõendite kogumisel ja ohutuse planeerimisel.

3. Perttu, S., Mononen-Mikkilä, P., Rauhala, R., Särkkälä, P. (2001). *Ava silmad! Käsiraamat vägivalda kogenud naistele*. Jyväskylä

Soome keelest tõlgitud käsiraamat lähisuhtevägivalda kogenud/kogevatele naistele. Käsitletud on müüte ja küsimusi, mis võivad olla olulised vägivaldses paarisuhtes naise jaoks. Toodud on välja vägivalda mõjud ohvrile ning võimalused abi saamiseks (sh juhised oma turvalisuse tagamiseks). Spetsiifiliselt seksuaalvägivalda on puudutatud väga pealiskaudselt.

4. Perttu, S., Kaselitz, V. (2006). *Kuidas aidata perekonda, milles esineb vägivalda - juhised tervishoiutöötajatele*. MTÜ Naiste Varjupaik

Käsiraamatus vaadeldakse tervishoiutöötajate rolli naissoost lähisuhtevägivalda ohvrite toetamisel. Õpetatakse vägivaldale viitavaid märke ära tundma, kirjeldatakse vägivaldsükli olemust ja vägivalda psühholoogilisi tagajärgi. Hulgaliselt on toodud näidisküsimusi, mida meedik võiks kasutada vägivalda kindlakstegemisel ning üldises suhtluses patsiendiga. Käsiraamatus on ka ankeet olukorra ohtlikkuse hindamiseks, lisaks olukorra skriinimiseks küsimustik ja juhend meditsiinilise läbivaatuse teostamiseks.

5. Otstavel, S. (2014). *Juhendmaterjal seksuaalvägivalda kogenud inimeste tugiisikutele*. Naiste tugi- ja teabekeskus

Väga põgus juhend, mis on koostatud Ameerika Ühendriikide *Office of the Victims of Crime Training and Technical Assistance Centre* materjalide alusel. Käsitletakse tugiisiku rolli seksuaalvägivalda ohvri toetamisel. Materjal on kompaktne, sisaldades nii statistilisi näitajaid kui konkreetseid soovitusi. Kirjeldatakse SVV võimalikke tagajärgi, tugiisiku tegevust ja olulisi põhimõtteid, millest tuleb töös SVV ohvritega lähtuda.

6. Part, K. (2014). *Seksuaalvägivalda ohvri esmase abi ja rehabilitatsiooni juhised meedikutele*. Tartu Seksuaaltervise Kliinik. Käsikiri

Tegemist on asutusesiseseks kasutamiseks mõeldud juhiseiga arstidele, õdedele ja ämmaemandatele, mis koondab kompaktselt esmase abi (sh olukorra hindamine), anamneesi kogumise ja günekoloogilise läbivaatuse (sh tõendite kogumise). Lisaks on toodud edasise abi ja suunamise juhised. Ülevaade on antud ka traumareaktsioonidest ning vägistamistrauma sündroomist.

7. Toomet, K., Loit, M., Vatter, A. (2001). *Juhiseid tööks seksuaalvägivalla ohvritega*. Tallinn: Eesti Pereplaneerimise Liit.

Raamat on suunatud neile, kes puutuvad oma töös kokku seksuaalvägivalla ohvrite ja nende lähedastega; ohvrina vaadeldakse naisi ning kuriteo toimepanijatena mehi. Antakse kompaktne ülevaade vägistamisega seotud müütidest, seadusandlusest, meditsiinilistest aspektidest ning vägistamise tüüpidest (sadistlik, viha-, üleolekuvägistamine jne). Psühholoogiline ülevaade toetub vägistamistrauma sündroomi käsitlele. Konkreetset soovitusi psühholoogilise abi andmise osas on juhendis põgusad – rohkem on esitatud konkreetseid soovitusi tööks lähedaste kui ohvri endaga.

4.2. Kasutatud manuaalide arutelu

Enamikus vaadeldud manuaalides/juhendites kajastatakse psühholoogilisi sekkumisi pealiskaudselt ning ülevaatlikult, va kaks juhendit (CALCASA, 1999; CALCASA, 2001). Eestis psühholoogidele suunatud SVV ohvri esmase nõustamise juhend magistr töö autorile teadaolevalt puudub. On küll koostatud üldise psühholoogilise esmaabi juhendeid (näiteks Punase Risti liikumise ja WHO poolt), kuid need käsitlevad üldjuhul abi osutamist katastroofiolukordades, on suunatud kasutamiseks mitteprofessionaalidele ning ei sisalda psühholoogilist nõustamist (WHO, 2011).

Kuna mõningates nii Eesti kui välisriikide juhendites on vägistamistrauma sündroomi käsitletud (Toomet jt., 2001; Part, 2014; AJSG, 2013; CALCASA, 1999; CALCASA, 2001; WHO, 2003) siis viidi magistr töö autori poolt koostatud juhendisse sisse täpsustus selle sündroomi mitesoovitava käsitle kohta, kuna tänapäeval ei ole sellest soovituslik lähtuda (O'Donohue *et al.*, 2014).

Enamiku SVV käsitlemiseks suunatud juhendite põhirõhk on meditsiinilistel aspektidel ja/või on lähisuhtevägivallal (v.a. CALCASA juhendid; Otstavel, 2014; Toomet jt., 2001). Meditsiinilise käsitle valdavus tuleneb ilmselt asjaolust, et suur osa SVV ohvreid pöörduv esmalt mõne meditsiinasutuse poole (erakorraline meditsiin, günekoloogia) ning alles seejärel suunatakse/pöörduatakse psühholoogilise abi saamiseks. Erinevalt psühholoogilisest abist ei sõltu meditsiinilise abi andmine niivõrd sellest, kas tegemist on lühemat või pikemat aega kestnud psühhotraumaga (sh komplekstrauma), seetõttu saavad meditsiinilised käsitlelused olla ühtsematel ja selgematel alustel. Teine nimetatud domineeriv suund manuaalides – lähisuhtevägivall – tuleneb tõenäoliselt sellest, et paarisuhtevägivalla all kannatajaid on rohkem kui mitte-partneri poolt toime pandud SVV ohvreid (FRA, 2014). Lähisuhtevägivall

aga erineb nii oma olemuselt kui psühholoogiliste tagajärgede poolest ühekordselt toimepandud rünnakust. Kui käsiraamat on suunatud tegelemaks lähisuhtevägivallaga (nagu enamik Eesti juhenditest), siis ongi keeruline ühtset kirjeldust psühholoogiste sekkumiste kohta välja tuua ning rõhuasetus lasub olukorra hindamisel, turvalisuse kaardistamisel ja meditsiinilisel abil. Psühhiaatrilist ravi ükski nimetatud juhenditest põhjalikumalt ei käsitlenud, vaid kahes manuaalis toodi välja, et võib tekkida vajadus bensodiasepiinide ja antidepressantide määramiseks (WHO 2004; WHO, 2013).

Kokkuvõtlikult oli juhendite suurimaks puuduseks konkreetsete psühholoogiliste abistamisvõtete käsitlemise pealiskaudsus. Sellest tulenevalt sai kinnitust vajadus koostada spetsiaalselt psühholoogilise nõustamise alane materjal, kus oleks kajastatud nii olulisemad aspektid ja info, mis on SVV ohvriga töötamise eelduseks kui ka konkreetset abistamisjuhised.

4.3. Tagasiside ekspertidelt

4.3.1. Protseduur

Palve osaleda juhendmaterjali hindamises ja täiendamises edastati meilitsi 28le spetsialistile üle Eesti (kliinilised psühholoogid, psühhoterapeudid, seksuaalvägivallaga ohvrite abistamisega seotud naistearstid ning ministeeriumi töötaja). Eestis on SA Kutsekoda andmete alusel kehtiva kutsetunnistusega kliinilisi psühholooge ja/või psühhoterapeute 105 (arvestusest on välja jäetud lapsepsühholoogi, koolipsühholoogi, neuropsühholoogi ja kohtu-korrektsoonipsühholoogi kutsetunnistust omavad isikud). Valimi koostamisel lähtuti subjektiivsetest kaalutlustest, kaasates spetsialiste, kes on teadaolevalt SVV valdkonnas töötanud ja tulenevalt väljaõppest ning töökogemusest klassifitseeruksid ekspertideks. Esmalt saadeti ekspertidele eelteavitust võimalusest töösse panustada, töö tutvustuse ja planeeritava ajakavaga (juhendi edastamise ja oodatava tagasiside tähtaeg) ning küsiti nõusolekut koostööks. Juhendit nõustus hindama 17 eksperti. Tagasisidena oodati nii hinnanguid, mida sai anda juhendi kohta koostatud küsimustikus kui vabas vormis kommentaare ja täiendusi/parandusi töö sisulises osas.

Seega saadeti 17 osalejale juhendmaterjali algne versioon (Word'i failina, mis võimaldab teha dokumendis parandusi ja täiendusi) ja tagasiside küsimustik (Lisa 1), rõhutades, et tegemist on veel töös oleva versiooniga, mis ei ole mõeldud levitamiseks. Ühes või teises vormis andsid tagasisidet 9 eksperti – tagasiside küsimustik laekus 7 eksperdilt, sisulisi kommentaare ja soovitusi andsid 8 eksperti. Osa algselt nõustunud spetsialistidest loobus, kuna juhend osutus oodatust mahukamaks või kerkisid esile isiklikud ettenägematud asjaolud, osa aga ei

põhjendanud tagasiside andmisest loobumist. Kõik eksperdid, kes mingil moel tagasisidet andsid (ka need, kes loobusid koostööst), kinnitasid juhendmaterjali väljatöötamise olulistust.

4.3.2. Vastajate taust

Tagasiside andnud 9 eksperdi seksuaalvägivalla ohvritega töötamise kogemuse aeg varieerus 2-27 aasta vahel, keskmiselt 9,8 aastat. Kõige pikema töökogemusega on üks naistearstidest. Vastajate seas oli 6 kliinilist psühholoogi/psühhoterapeuti, 2 naistearsti ning 1 Sotsiaalministeeriumi töötaja. Osalenud psühholoogid lähtuvad oma töös järgmisest alustest: kognitiiv-käitumuslik teraapia, EMDR, pereteraapia, geštaltheraapia, logoteraapia, psühhoanalüütiline teraapia. Töötatakse erinevas vanuses ja erinevast soost ohvritega järgnevas töökohtades üle Eesti (enamik mitmes kohtas paralleelselt): psühhiaatriakliinikud, naistekliinikud, erapraksised, naiste tugikeskused, Sotsiaalministeerium. Kõik vastajad olid naissoost, vanuses 36-51 eluaastat (keskmine vanus 42 aastat). Lisaks psühholoogidele peeti vajalikuks kaasata kaks SVV ohvritega töötavat naistearsti (töökogemus 14 ja 27 aastat), et saada tagasisidet juhendis käsitletud meditsiiniliste aspektide kohta.

4.3.3. Ekspertide hinnangud ja kommentaarid juhendmaterjalile ning juhendis tehtud muutused

Tagasisidet paluti nii skaalal esitades (valides väitega nõustumise määr) kui sisulisi kommentaare andes.

Tabelis 1 on koondatud ekspertide antud keskmised hinnangud. Kõigi peatükkide ja lisade kohta paluti anda hinnang Likerti-tüüpi skaalal neljale väitele:

- Peatükk on piisavalt sisukas
- Peatükk kajastab teemat adekvaatselt
- Peatüki olemasolu juhendis on asjakohane
- Peatükk on selgesti arusaadav

Hinnanguid sai anda vahemikus 0-4 (ei nõustu üldse-nõustun täielikult). Kahele viimasele küsimusele, mis puudutasid keelelist korrektsust ja praktilist kasutatavust, paluti vastata lihtsalt märkides oma nõustumisaste.

Tabel 1. Väidete kaupa erinevatele peatükkidele ekspertide poolt antud keskmised hinnangud

Väited Peatükid/lisad	Ptk. on piisavalt sisukas		Ptk. kajastab teemat adekvaatselt		Ptk olemasolu juhendis on asjakohane		Ptk. on selgesti arusaadav		Hinnangute keskmine	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1.SVVga seotud väärarusaamad	3,6	0,8	3,6	0,8	4	0	3,9	0,4	3,8	0,6
2.SVV tagajärjed tervisele	3,6	0,8	3,9	0,4	4	0	3,7	0,8	3,8	0,6
3.Esmakohtumine SVV ohvriga vahetult pärast intsidenti	3,9	0,4	3,9	0,4	3,9	0,4	3,7	0,8	3,8	0,5
4.Psühholoogiline kriisinõustamine	4	0	4	0	4	0	4	0	4,0	0
5.Kliendi kahjustamise vältimine	3,3	1,1	3,6	0,8	3,4	1,5	3,7	0,5	3,5	1,0
6.Lisa1.Teismelistega töö eripärad	3,9	0,4	3,9	0,4	3,9	0,4	4	0	3,9	0,3
7.Lisa2.Näide traumareaktsioonide hindamise küsimustikust	4	0	4	0	4	0	3,5	0,8	3,9	0,4
8.Lisa3.Näide hingamisharjutusest	3,8	0,4	3,8	0,4	4	0	4	0	3,9	0,3
9.Lisa4.Näide lihaslõdvestusest	3,8	0,4	4	0	4	0	3,8	0,4	3,9	0,3
10.Lisa5.Näide positiivsest sisekõnest	3,8	0,4	4	0	4	0	3,8	0,4	3,9	0,3
11.Lisa6.Vajalikud kontaktid	4	0	4	0	4	0	4	0	4,0	0
12.Juhendmaterjal on keeleliselt korrektne	x	x	x	x	x	x	x	x	3,8	0,4
13.Juhendmaterjal on antud kujul praktiliselt kasutatav	x	x	x	x	x	x	x	x	3,6	0,8

Märkus:

M – keskmine; SD – standardhälve; x – küsimuse kohta puudus antud väide;

SVV – seksuaalvägivald; Ptk. – peatükk

Neli küsimustikus toodud väidet valiti lähtuvalt eelnevalt läbitöötatud juhiste tugevustest ja nõrkustest. Seega valiti välja kriteeriumid, mis võiks näidata töö kvaliteeti: sisukus, adekvaatsus, asjakohasus ja arusaadavus. Suurimaks puuduseks antud magistritöö seisukohalt vaadeldud manuaalides oli psühholoogiliste teemade pealiskaudsus, seetõttu peeti oluliseks saada tagasisidet sisukusele. Vältimaks ebaprofessionaalse info olemasolu juhendis, küsiti tagasisidet teemade adekvaatsuse kohta. Selleks, et saada tagasisidet, kas peatüki olemasolu peetakse põhjendatuks, lisati asjakohasuse väide ning hindamaks, kas peatükk on mõistetav või jääb segaseks, paluti vastajatel hinnata arusaadavuse väite.

Nagu tabelist nähtub, hinnati kõige kõrgemalt juhendi lisasid ja kriisinõustamise peatükki, kus keskmised hinnangud olid 3,9 või 4,0. Kõige suuremaid puudusi näis hinnangute alusel olevat peatükis, mis puudutas kliendi kahjustamise vältimist, kus suurimateks puudujääkideks olid peatüki sisukus (vastajate keskmine hinnang 3,3) ja sisu asjakohasus (vastajate keskmine hinnang 3,4). Ka vastuste hajuvus oli nimetatud peatükis suurim. Sellest tulenevalt tehti hiljem peatükki täiendusi ja parandusi, võttes arvesse kvalitatiivseid kommentaare (toodud välja alljärgnevalt). Traumareaktsioonide hindamise arusaadavust hinnati kahe vastaja poolt kesiseks, kuid paraku ei antud täpsustavaid kommentaare, mistõttu parandusi sisse ei viidud.

Lisakommentaaries toodi kolmel korral välja puudujäägid sissejuhatavas osas, kus sooviti saada põhjalikumat ülevaadet seksuaalvägivalla olemusest ja levimusest. Nimetatud ülevaade oli olemas magistritöö sisulises osas, kuid puudus suuresti esialgses juhendis. Korduvalt (neljal korral) soovitati täiendada müütide osa – see puudus ilmnas ka nimetatud peatüki sisukuse hindamisel (keskmine hinnang antud peatüki sisukusele 3,6). Vastavalt allikate leidmisele neid puudujääke ka kõrvaldati. Juhendisse paluti kolmel korral sisse viia ülevaade taasohvristumisest ja ühel korral nimetati vajadust rõhutada, et nõustaja professionaalne ettevalmistus on vajalik tagamaks kliendile kvaliteetne abi ja kahjutegemise vältimine. Nimetatud kommentaarid viitasid puudujäägile kliendi kahjustamise vältimise peatükis, mis väljendus ka madalas keskmises hinnangus – 3,5. Kahel korral nimetati psühholoogi enda vajaduste tähtsustamist ja sekundaarse trauma käsitlemise vajadust, mida samuti arvesse võeti, sest juhendi algversioonis need teemad puudusid täielikult.

Naistearstidel tekkis küsimusi, millistel juhtudel koostatud juhend täpselt sobiv on – kas ainult lühiajalist vägistamistraumat kogenud ohvritele või ka pikka aega lähisuhtevägivalla all kannatajatele ning kui pikka aega peale rünnakut pöördumiste puhul sobib juhend kasutamiseks. Selguse tagamiseks lisati juhendi sissejuhatusse täpsustused. Juhend on suunatud töötamiseks ohvritega, kes on kogenud hiljutiselt ühekordset rünnakut või rünnakukatset, mitte pikaajalise vägivalla ohvritele või komplekstrauma puhul. Ajalist määratlust vägivallaakti

toimumise ja psühholoogile pöördumise kohta on üsna raske anda, kuna ohvriti erinevad nii reageeringute tekkimise/kestvuse aeg kui vajadused. Tinglik määratlus võiks olla, et vägivallaaktist on möödas vähem kui kolm kuud (aeg, mil tegemist on tõenäoliselt šoki- või reaktsiooniperioodiga).

Nelja kommenteerija poolt soovitati põhjalikumaks muuta traumaatilise psüühilise kriisi, posttraumaatilise stresshäire osa ning dissotsiatiivsuse teemat. Selle soovitusega arvestati ning täiendati PTSHd käsitlevat sisulist osa ja lisati põhjalikum ülevaade dissotsiatiivsetest sümptomitest, vaatamata sellele, et ühe kommenteerija arvates oli nõustamisosa liiga laialiveniv.

Mõningad soovitusel jäeti arvesse võtmata – näiteks naistearstide soovitus käsitleda vägistamistrauma sündroomi – põhjuseks asjaolu, et käesolevalt ei ole vägistamistrauma sündroomi kontseptsioon leidnud empiirilist kinnitust (O'Donohue *et al.*, 2014). Günekoloogide poolt tõstatati ka küsimus terminoloogia osas – kas termini *distress* asemel ei võiks kasutada sõna *stress*. Tulenevalt sellest, et stressi võib vaadelda (Rodríguez, Kozusznik & Peiró, 2013) nii positiivsena (motivatsiooni tõstev, sooritust parandav, põnevust tekitav – eustress) kui negatiivsena (põhjustab ärevust, muret, halvendab toimetulekut ja võib viia nii vaimsete kui füüsiliste häireteni – distress), siis peeti korrektsemaks kasutada töös väljendit *distress*.

Soovitati kaaluda ühe osaleja poolt ka vajalike kontaktide loetelu täiendamist, lisades Eesti piirkondlike institutsioonide kontaktid. See ettepanek aga ei tundunud asjakohane, kuna juhend on suunatud spetsialistidele, mitte ohvritele ning võib eeldada, et iga psühholoog on kursis piirkondlike võimalustega. Kui mitte, siis on seda võimalik teha, kasutades juhendi kontaktide loetelus toodud üldisemat infot. Põgusad muutused siiski tehti ka kontaktide loetelus.

Pakuti kahel korral välja, et võiks kaaluda juhendi kasutajate sihtgrupiks lisaks psühholoogidele kaasata ka teisi tervishoiutöötajaid (arstid, õed, ämmaemandad). Vastupidiselt aga toodi ühe psühhoterapeudi poolt välja vajadus selgelt rõhutada, et antud juhend ei asenda kriisinõustamise väljaõpet ning selle juhendi kasutamine nõuab eelnevalt põhjalikku psühholoogilise nõustamise alast ettevalmistust. Nimetatud tähelepanekut peeti oluliseks ning toodi juhendi sissejuhatavas osas ka välja. Kuna juhend on pilootversioon, mis vajab lõpliku versiooni valmimiseks katsetamist pikema aja jooksul suurema hulga psühholoogide poolt, ei peetud otstarbekaks seda suunata kasutamiseks teistele spetsialistidele peale psühholoogide. Arvestades välisriikide manuaalide koostamise ja rakendamise protsessi (CALCASA, 2004), oleks vajalik paralleelselt laiemale ringkonnale suunamisega läbi viia ka koolitused SVV ohvritega töötavatele tervishoiutöötajatele. Eestis puuduvad hetkeseisuga SVV ohvrite psühholoogilisele nõustamisele spetsialiseerunud tervishoiutöötajad (näiteks Norras tegelevad seesuguse

nõustamistööga psühhosotsiaalsed nõustajad/sotsiaaltöötajad) ning peamiselt täidavad seda rolli antud hetkel psühholoogid ja mõningatel juhtudel ka tugiisikud.

Üks kommenteerija leidis eneseavamise peatükis olevat liialt palju küsimusi, mis võivad kliendile ründavalt mõjuda. Vaatamata sellele kommentaarile küsimusi ei vähendatud kuna tegemist on näidisküsimustega, mille kasutamise üle otsustab iga spetsialist lähtuvalt olukorrast; lisati vaid juhendisse selgitus liigse hulga küsimuste mittesoovitava kasutamise kohta.

Ühe psühhoterapeudi poolt juhiti tähelepanu ohvrite lähedaste abistamise mittekäsitlemisele. Kahtlemata on tegemist äärmiselt olulise teemaga, kuna ka ohvri lähedaste seas esineb sekundaarset traumat ning erinevatel põhjustel võivad ka kannatanu lähedased vajada psühholoogilist nõustamist. Kuna käesolev juhend on suunatud tööks seksuaalvägivalda kogenud ohvriga, siis tulenevalt sellest lähedaste nõustamist juhendis ei käsitletud. Seda võib kaaluda juhendi täiendamisel tulevikus.

Juhendmaterjali koostamisel lähtuti ka infost ja teadmistest, mis saadi oktoobris 2014 toimunud õppereisil Oslosse. Õppereisi käigus toimusid mitmete organisatsioonide külastused (Oslo Seksuaalvägivalla keskus, Oslo politsei, tõendusmaterjalide kogumise labor, väärkoheldud laste keskus, inimkaubanduse ohvrite keskus) ja seminarid. Juhendi koostamise käigus toimus meilitsi konsulteerimine Justiitsministeeriumi, Sotsiaalministeeriumi, Politsei- ja Piirivalveameti Lõuna prefektuuri ja Kaitsepolitseiameti esindajatega, peamiselt seadusandlike aspektide osas.

Kokkuvõttes viidi peale tagasiside saamist sisse parandused kõigis juhendmaterjali peatükkides, sissejuhatuses ning lisades 1 ja 6; materjali algne maht suurenes umbes neljandiku võrra. Muutuste ja täienduste tegemise vajadust ei nähtud juhendi lisades 2-5. Olulisi vasturääkivusi soovitustes ei olnud, välja arvata ühelt poolt tehtud ettepanek suunata juhend laiemale kasutajaskonnale (peale psühholoogide), teisalt aga palve rõhutada juhendi kasutussobivust vaid psühholoogilise nõustamise väljaõppega spetsialistidele.

4.4. „Seksuaalvägivalla ohvri esmane psühholoogiline nõustamine“ pilootverisooni tugevused ja puudused

Magistritöö lisana valminud juhendi olulisus ja tugevused:

- Erinevalt seni Eestis koostatud psühholoogilisi aspekte kirjeldavatest juhenditest (Toomet jt., 2001; Otstavel, 2014) on esitatud praktiliselt rakendatavad konkreetsed võtted ohvri abistamiseks (kontrollitunde taastamine, võõrandumistunde vähendamine,

toimetulekustrateegiate hindamine ja korrigeerimine, negatiivsetele uskumustele alternatiivide leidmine).

- Käsitletakse seksuaalvägivalda eristades seda lähisuhtevägivallast, mistõttu pakutavad psühholoogilise abistamise soovitusel tööks SVV ohvriga on põhjalikumad.
- On jäetud välja Eesti juhendites (Toomet jt., 2001; Part, 2014) käsitletud vägistamistrauma sündroom, mille kontseptsioon pole uuemate andmete kohaselt empiirilist kinnitust leidnud (O'Donohue *et al.*, 2014).
- Seadusest tulenevalt I astme kuriteo teatamiskohustuse väljatoomine, mis puudus senistes Eesti juhendites (v.a. lapsega seotud teatamiskohustus K. Part'i poolt koostatud käsikirjas, 2014).
- On välditud vägistamise põhjendamatut klassifitseerimist (erinevalt Toomet jt. 2001; Kase & Pettai, 2006; CALCASA, 1999) teaduslike aluste puudumise tõttu. Kuigi nimetatud (peamiselt vanemas) juhendites kasutatakse seesugust vägistajate tüpologiseerimist ja sellest tulenevat vägistamise klassifitseerimist (viha-, üleoleku-, sadistlik jm. vägistamine), vajab nimetatud jaotamine edasist uurimist, kuna sellise jaotuse valiidsus on kaheldav (McCabe, Wauchope, 2005).
- Sekundaarse trauma käsitlemine, mida Eesti juhendites ei olnud välja toodud (v.a. kaudselt Perttu ja Kaselitz'i juhendis (2006), kus nimetati abistaja enda emotsioonide ja supervisiooni tähtsust). Välisriikide juhenditest käsitleti seda kahel juhul (CALCASA, 1999 ja ASJG, 2013). WHO (2004) materjalis oli vaid ühelauseliselt välja toodud ettepanek kaaluda sekundaarse trauma teema lisamist käsitletavate teemade hulka.
- Ekspertide poolt hinnati nii peatükkide lõikes kui kokkuvõtlikult juhendmaterjali üsna kõrgelt ning vastuste hajuvus ei olnud suur. Lisaks kinnitati korduvalt tagasisidet andes juhendi koostamise vajalikkust Eesti psühholoogide jaoks.

Magistritöö lisana valminud juhendi puudused:

- Pole käsitletud ohvri pere abistamist (K. Toomet kolleegidega (2001) on sellekohased soovitusel välja toonud). Tulevikus võib kaaluda töö fookuse laiendamist ning lisada juhendisse ohvri lähedaste abistamise suunised.
- Juhendi koostamisse panustas oodatust vähem eksperte (kutsetunnistust omavatest ekspertidest 6,7%) ning juhendit pole jõutud pilotiseerida.
- Puudub ülevaade psühhiaatrilise ravi rakendamise põhimõtetest. Kuigi ravi ei määra psühholoog, võib paralleelselt nõustamisega osutada vajalikuks medikamentoosne ravi. Nimetatud puuduse kõrvaldamine eeldab kindlasti psühhiaatrite kaasamist.

- Võinuks anda põgusa ülevaate ka internetipõhisest seksuaalvägivalla olemusest ja eripäradest, kuna interneti levik ja kasutamine on aastatega oluliselt suurenenud. Internetipõhise vägivallaga seotud psühholoogiline abistamine nõuaks põhjalikumat uurimistööd, et kaaluda, kas ja mil moel oleks võimalik juhendisse ka seda tüüpi SVV ohvrite nõustamist lisada.

Kokkuvõttes on lähisuhtevägivald tulenevalt laiaulatuslikumatest ja varieeruvamatest tagajärgedest suurema tähelepanu all ja juhendites enam käsitletud (võrreldes seksuaalvägivallaga). Käsitlused on aga jäänud pealiskaudsemaks, kuna lähisuhtevägivalla puhul on ühtse psühholoogilise abi juhendmaterjali koostamine keerukam; samas meditsiinilised aspektid (seisundi hindamine, sekkumised ja ravimeetodid, tõendite kogumine) ei sõltu nii suurel määral vägivalla liigist võrreldes psühholoogiliste lähenemistega, vaid on seotud eelkõige füüsilise tervise kahjustuste ja vigastustega. Seetõttu seisneb „Seksuaalvägivalla ohvri esmane psühholoogiline nõustamine“ peamine väärtus selles, et see pole laialivalguv, vaid käsitletud on psühholoogide tööd piiritletult seksuaalvägivalla ohvritega, kes kogevad lühiajalist traumat. Juhendmaterjalile lisab kaalu asjaolu, et see on valminud koostöös Eesti spetsialistidega ja lähtub nii teadustöödest kui hulga teiste juhendite analüüsist.

Käesoleva magistritöö lisana (Lisa 2) valminud „Seksuaalvägivalla ohvri esmane psühholoogiline nõustamine“ on pilootversioon, mis vajab täiendamist tulenevalt rakendamisel ilmevatest puudujääkidest ning suurema hulga ekspertide kaasamise vajadusest. Antud hetkel on käimas üle-Eestiline projekt "Seksuaalvägivalla ohvrite abistamiseks laiapõhjalise koostöövõrgustiku loomine ja võimestamine" (kestvus on 2014 mai – 2016 aprill). Nimetatud projekti raames on kavas integreerida valminud juhend võrgustikutöösse.

Kasutatud allikad

- Alberta Justice and Solicitor General (AJSG) (2013). *Best Practices for Investigating and Prosecuting Sexual Assault*. Alberta Government.
- Becker, J. V., Skinner, L. J. Abel, G. G., Cichon, J. (1986). *Level of postassault sexual functioning in rape and incest victims*. *Archives of Sexual Behavior*, 15(1), 37-49.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., Turner S. (2007). *Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis*. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 190, 97-104.
- Black M. C. (2011). *Intimate partner violence and adverse health consequences*. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 428– 439.
- Burgess, A. W. (1983). *Rape Trauma Syndrom*. *Behavioral Sciences & the Law*, 1(3), 97-113.
- Campbell, J. C., Snow, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Wynne, C. (2002). *Intimate partner violence and physical health consequences*. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157–1163.
- Campbell, R., Ahrens, C. E., Sefl, T., Wasco, S. M., Barnes, H. E. (2001). *Social Reactions to Rape Victims: Healing and Hurtful Effects on Psychological and Physical Health Outcomes*. *Violence and Victims*, 16(3), 287-302.
- Choudhary, E., Smith, M., Bossarte, R. M. (2012). *Depression, anxiety, and symptom profiles among female and male victims of sexual violence*. *American Journal of Men's Health*, 6(1), 28-36.
- Chrisler, J., Ferguson, S. (2006). *Violence against women as a public health issue*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 235-249.
- Daly, K., Bouhours, B. (2010). *Rape and Attrition in the Legal Process: A Comparative Analysis of Five Countries*. In Michael Tonry (ed.) *Crime and Justice: A Review of Research* (2010). Vol. 39, 565-650. Chicago: University of Chicago Press.
- Derman, N. jt. (2006). *Soolise võrdõiguslikkuse monitooring 2005. Uuringu raport*. Tallinn: Tallinna Ülikool, RASI, EV Sotsiaalministeerium.
- Edmond, T., Sloan, L., McCarty, D. (2004). *Sexual Abuse Survivors' Perceptions of the Effectiveness of EMDR and Eclectic Therapy*. *Research on Social Work Practice*, 14(4), 259-272.

- Ehlers, A., Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38 , 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. (2003). *Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review*. *Biological Psychiatry*, 53(9), 817–826.
- Ehlers, A., Clark, D. (2008). *Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments* *Nordic Journal of Psychiatry*, 62; 11-18.
- Falsetti, S. A., Bernat, J. A. (2000). *Practice Guidelines: Rape and Sexual Assault. Empirical Treatments for PTSD Related to Rape and Sexual Assault*. Charleston: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Farber, B. A., Feldman, S., Wright, A. J. (2014) *Client disclosure and therapist response in psychotherapy with women with a history of childhood sexual abuse*. *Psychotherapy Research*, 24(3).
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree ,E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E.A., Street, G. P. (1999). *A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims*. *Journal Of Consulting and Clinical Psychology*. 67 (2), 194-200.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., Murdock, T. B. (1991). *Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59(5), 715-723.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C. (2006). *An Evaluation of Three Brief Programs For Facilitating Recovery After Assault*. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 29-43.
- FRA (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights.
- Golding, J. M. (1999). *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A metaanalysis*. *Journal of Family Violence*, 14, 99–132.
- Jina, P., Thomas, L.S. (2013). *Health consequences of sexual violence against women. Best Practice & Research*. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 15-26.
- Josse, E. (2010). ‘They came with two guns’: the consequences of sexual violence for the mental health of women in armed conflicts. *International Review of the Red Cross*, 92(877).
- Justiitsministeerium (2015). *Kuritegevus Eestis 2014*. Tallinn: Kriminaalpoliitika uuringud.
- Kallaste, E., Luuk, E., Järve, J., Kaska, M., Räis, M. L. (2015). *Vägivallakuritegude hind. Tapmise, vägistamise ja röövimisega kaasnevad kulud Eesti ühiskonnale*. Tallinn: Eesti Rakendusuurigute Keskus, Justiitsministeeriumi tellimus.

- Karistusseedustik. Riigiteataja. RT I, 23.12.2014, 16
- Kase, H., Pettai, I. (2006). *Naistearstile naistevastasest vägivallast*. Tallinn: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut.
- Kelly, L. (2010). *The (In)credible Words of Women: False Allegations in European Rape Research*. *Violence Against Women*, 16(12), 1345–1355.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. J., Resnick, H. S. (1998). *Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder*. *Behavior Therapy*. 20(2), 199–214.
- Krug, E. G, Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. editors (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organisation.
- Levin, R. J., Berlo, W. (2004). *Sexual arousal and orgasm in subjects who experience forced or non-consensual sexual stimulation – a review*. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 11, 82–88.
- McCabe, M. P., Wauchope, M. (2005). *Behavioral Characteristics of Men Accused of Rape: Evidence for Different Types of Rapists*. *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 241–253.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C., Fournier, D., Schnurr, P., Descamps, M. (2005). *Randomized Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515-524.
- McNally, R., Bryant, R., Ehlers, A. (2003). *Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress?* *Psychological Science in the Public Interest*, 4 (2), 45-79.
- Meichenbaum, D. (2007). *Stress Inoculation Training: A preventative and treatment approach*. Waterloo: University of Waterloo.
- Norris, F., Kaniasty, K. (1994). *Psychological distress following criminal victimization in the general population: cross-sectional, longitudinal, and prospective analyses*. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 62 (1), 111-23.
- O'Donohue, W., Carlson, G. C., Benuto, L. T., Bennett, N. M. (2014). *Examining the Scientific Validity of Rape Trauma Syndrome*. *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(6), 858-876.
- Part, K. (2014). *Seksuaalvägivalla ohvri esmase abi ja rehabilitatsiooni juhis meedikutele*. Tartu Seksuaaltervise Kliinik. Käsikiri.

- Part, K., Laanpere, M., Rahu, K., Haldre, K., Rahu, M., Karro, H. (2007). *Eesti Naiste Tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Uurimisaruanne*. Tartu: Tartu Ülikooli Naistekliinik.
- Petrak, J., Hedge, B. (2003). (Toim.) *The Trauma of Sexual Assault: Treatment, Prevention and Practice*. Wiley.
- Pettai, I. (2015). *Perevägivald Eestis juristi pilgu läbi. Lühikokkuvõte ekspertküsitluste tulemustest*. Tallinn: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut.
- Regehr, C., Alaggia, R., Dennis, J., Pitts, A., Sain, M. (2013). *Interventions to Reduce Distress in Adult Victims of Rape and Sexual Violence: A Systematic Review*. Research on Social Work Practice 23(3), 257-265.
- Rennison, C. M. (2002). *Rape and Sexual Assault: Reporting to Police and Medical Attention, 1992-2000*. Washington: U.S. Department of Justice.
- Resick, P. A., Schnicke, M. K. (1992). *Cognitive processing therapy for sexual assault victims*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(5), 748-756.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., Feuer, C. A. (2002). *A Comparison of Cognitive-Processing Therapy With Prolonged Exposure and a Waiting Condition for the Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Female Rape Victims*. Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 70 (4), 867-79.
- Rodríguez, I., Kozusznik, M. W., Peiró, J. M. (2013). *Development and validation of the Valencia Eustress-Distress Appraisal Scale*. International Journal of Stress Management, 20(4), 279-308.
- Rose, S., Bisson, J., Wessely, S. (2001). *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)*. The Cochrane Database Of Systematic Reviews, 3.
- Roth, S., Dye, E., Lebowitz, L. (1988). *Group therapy for sexual-assault victims*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 25(1), 82-93.
- Rothbaum, B. O. (1997). *A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims*. Bulletin of the Menninger Clinic, 61(3), 317-334.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., Marsteller, F. (2005). *Prolonged Exposure Versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD Rape Victims*. Journal of Traumatic Stress, 18(6), 607-616.

- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., Walsh, W. (1992). *A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims*. Journal of Traumatic Stress, 5(3), 455-475.
- Santaularia, J., Johnson, M., Hart, L., Haskett, L., Welsh, E., Faseru, B. (2014). *Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study*. BMC Public Health, 14(1), 868-882.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., Clark, D. M. (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescents: A Preliminary Randomized Controlled Trial*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(8), 1051-1061.
- Smith, S.G. (2005). *The Process and Meaning of Sexual Assault Disclosure*. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. Georgia State University.
- Soo, K., Kutsar, D. (toim.) (2004). *Seksuaalse väärkohtlemise kogemused ja hoiakud Eesti noorte hulgas. Uuringu aruanne*. Tartu: Tartu Ülikool, Tartu Laste Tugikeskus.
- Soo, K., Laanpere, M., Lippus, H., Part, K. (2015). *Seksuaalvähivalla levimus ja hoiakud Eestis: uuringute ülevaade*. Tartu: Eesti Seksuaatervise Liit.
- Šlik, J., Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (2007). *Psühhiaatria*. Tallinn: Medicina.
- TNS EMOR (2014). *Eesti elanikkonna teadlikkuse uuring soopõhise vägivalla ja inimkaubanduse valdkonnas*. TNS Emor, EV Sotsiaalministeerium.
- Toomet, K., Loit, M., Vatter, A. (2001). *Juhiseid tööks seksuaalvähivalla ohvritega*. Tallinn: Eesti Pereplaneerimise Liit.
- Ullman, S. E. (1996). *Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault*. Psychology of Women Quarterly, 20, 505-526.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H. (2001). *Correlates of formal and informal support seeking in sexual assault victims*. Journal of Interpersonal Violence, 16(10), 1028-1047.
- Ullman, S.E., Relyea, M., Peter-Hagene, L., Vasquez, A.L. (2013). *Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims*. Addictive Behaviors, 38, 2219-2223.
- Uppsala Universitet (2007). *Handbook. National Action Programme for the Health Care and Medical Services' Reception and Care of Victims of Sexual Assault*. Uppsala: The National Centre for knowledge on Men's Violence Against Women.

- Walsh, R. M., Bruce, S. E. (2014). *Reporting Decisions After Sexual Assault: The Impact of Mental Health Variables*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 691– 699.
- Wells, D.L. (2006). *Sexual assault practice: Myths and mistakes*. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13: 189–193.
- Vickerman, K. A., Margolin, G. (2009). *Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature*. *Clinical Psychology Review*, 29, 431–448.
- Wong, J., Mellor, D. (2014). *Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses*. *Contemporary Nurse*, 46(2), 170–179.
- World Health Organisation (WHO) (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva.
- World Health Organisation (WHO) (2004). *Clinical management of rape survivors*. Geneva
- World Health Organisation (WHO) (2012). *Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: 10 myths*. Geneva.
- World Health Organisation (WHO) (2014). *Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Fact sheet*. Geneva.
- World Health Organisation. War Trauma Foundation and World Vision International (WHO) (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva.

Lisa 1. Ekspertidele saadetud küsimustik juhendmaterjalile tagasiside andmiseks

Küsimustik psühholoogidele juhendmaterjalile tagasiside andmiseks

Alljärgnevalt on koostatud küsimustik, mis puudutab psühholoogidele suunatud juhendmaterjali „Seksuaalvähivalla ohvri esmane psühholoogiline abistamine“. Palun vastata allpool iga peatüki kohta toodud väidetele, märkides ära (näiteks teise värviga või tumedamaks) iga väite puhul enda jaoks sobivaimana tunduv vastusevariant. Küsimustik palun tagastada e-posti aadressile: monika.vandra@gmail.com. Teie vastused jäävad anonüümseks.

Vastusevariandid:

- 0 – ei nõustu üldse
- 1 – pigem ei nõustu
- 2 – raske öelda
- 3 – pigem nõustun
- 4 – nõustun täielikult

1. Peatükk „I Seksuaalvähivallaga seotud väärarusaamad“:

- Peatükk on piisavalt sisukas:
0 1 2 3 4
- Peatükk kajastab teemat adekvaatselt:
0 1 2 3 4
- Peatüki olemasolu juhendis on asjakohane:
0 1 2 3 4
- Peatükk on selgesti arusaadav:
0 1 2 3 4
- Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti):

2. Peatükk „II Seksuaalvähivalla tagajärjed tervisele“:

- Peatükk on piisavalt sisukas:
0 1 2 3 4
- Peatükk kajastab teemat adekvaatselt:
0 1 2 3 4
- Peatüki olemasolu juhendis on asjakohane:
0 1 2 3 4
- Peatükk on selgesti arusaadav:
0 1 2 3 4
- Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti):

3. Peatükk „III esmaohtumine seksuaalvähivalla ohvriga vahetult pärast intsidenti“:

- Peatükk on piisavalt sisukas:
0 1 2 3 4
- Peatükk kajastab teemat adekvaatselt:
0 1 2 3 4
- Peatüki olemasolu juhendis on asjakohane:

- | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Peatükk on selgesti arusaadav: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti): | | | | |

4. Peatükk „IV Psühholoogiline kriisinõustamine“:

- | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Peatükk on piisavalt sisukas: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Peatükk kajastab teemat adekvaatselt: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Peatüki olemasolu juhendis on asjakohane: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Peatükk on selgesti arusaadav: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti): | | | | |

5. Peatükk „V Kliendi kahjustamise vältimine“:

- | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Peatükk on piisavalt sisukas: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Peatükk kajastab teemat adekvaatselt: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Peatüki olemasolu juhendis on asjakohane: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Peatükk on selgesti arusaadav: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti): | | | | |

6. Lisa 1. Teismelistega töö eripärad:

- | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Lisa on piisavalt sisukas: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Lisa kajastab teemat adekvaatselt: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Lisa olemasolu juhendis on asjakohane: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Lisa on selgesti arusaadav: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti): | | | | |

7. Lisa 2. Näide traumareaktsioonide hindamise küsimustikust:

- | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Lisa on piisavalt sisukas: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Lisa kajastab teemat adekvaatselt: | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - | Lisa olemasolu juhendis on asjakohane: | | | | |

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - Lisa on selgesti arusaadav: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti):

8. Lisa 3. Näide hingamisharjutusest:

Lisa on piisavalt sisukas:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Lisa kajastab teemat adekvaatselt:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Lisa olemasolu juhendis on asjakohane:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Lisa on selgesti arusaadav:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti):

9. Lisa 4. Näide lihaskõhvestusest:

- Lisa on piisavalt sisukas:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

- Lisa kajastab teemat adekvaatselt:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

- Lisa olemasolu juhendis on asjakohane:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

- Lisa on selgesti arusaadav:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

- Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti):

10. Lisa 5. Näide positiivsest sisekõnest:

- Lisa on piisavalt sisukas:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

- Lisa kajastab teemat adekvaatselt:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

- Lisa olemasolu juhendis on asjakohane:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

- Lisa on selgesti arusaadav:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

- Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti):

11. Lisa 6. Vajalikud kontaktid:

- Lisa on piisavalt sisukas:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

- Lisa kajastab teemat adekvaatselt:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

- Lisa olemasolu juhendis on asjakohane:

0 1 2 3 4

- Lisa on selgesti arusaadav:

0 1 2 3 4

- Soovin veel midagi lisada või täpsustada (parandused ja täiendused võib teha ka kaasasolevasse juhendmaterjali dokumenti):

12. Juhendmaterjal on keeleliselt korrektne:

0 1 2 3 4

13. Juhendmaterjal on antud kujul praktiliselt kasutatav:

0 1 2 3 4

14. Üldised mõtted, kommentaarid või soovitused:

Teie sugu: M N

Teie vanus:

Teie amet ja töökoht:

Sihtrühm, kellega Te peamiselt töötate:

Millisest psühhoterapia koolkonnast Te peamiselt oma töös lähtute:

Kas Te töötate/olete töötanud seksuaalvägivalla ohvritega: JAH EI

Seksuaalvägivalla ohvritega töötamise kogemus (aastates):

Täname vastamast! Teie panus on väga väärtuslik juhendmaterjali korrigeerimisel!
Lugupidamisega,

Monika Vändra

Kaia Kastepõld-Tõrs

Seksuaalvägivalda ohvri esmane psühholoogiline nõustamine

Juhendmaterjal psühholoogidele
tööks seksuaalset vägivalda kogenud inimestega

Koostaja: Monika Väandra

Tartu 2015

Sisukord

Sissejuhatus	4
I Seksuaalvägivallaga seotud väärarusaamad	6
II Seksuaalvägivalla tagajärjed tervisele ja sotsiaalsele toimetulekule.....	9
Käitumuslikud sümptomid.....	9
Emotsionaalsed reaktsioonid	10
Somaatilised ja füsioloogilised reaktsioonid	11
Seksuaal- ja reproduktiivsüsteemi probleemid	11
Traumaatiline psüühiline kriis	12
Posttraumaatiline stressihäire (PTSH)	13
Dissotsiatiivsed sümptomid.....	14
Sotsiaalsed tagajärjed.....	14
III Esmakohtumine seksuaalvägivalla ohvriga vahetult pärast rünnakut	14
Esmavajaduste hindamine.....	15
Seadustest tulenevad kohustused.....	15
Kuriteo tõendite säilitamine	16
Tõendite kogumiseks psühholoogiline ettevalmistus	17
IV Psühholoogiline kriisinõustamine	18
Kliendi kontrollitunde taastamine	18
Võõrandumistunde vähendamine.....	19
V Jätkukohtumiste sisu ja teemad	19
1. Toimetuleku soodustamine ja psühhoedukatsioon.....	20
2. Kliendipoolne eneseavamine	25
3. Seksuaalvägivallaga seotud uskumused.....	27
4. Psühhoteraapia vajaduse hindamine	29
5. Kohtumise kokkuvõte ja järgmise kohtumise kokkuleppimine	29
VI Ohvri kahjustamise vältimine	30
VII Sekundaarne trauma.....	31
Kasutatud allikad	34
Lisa 1. Teismelistega töö eripärad.....	37
Lisa 2. Näide traumareaktsioonide hindamise küsimustikust (täidab spetsialist)	38

Lisa 3. Näide hingamisharjutusest	39
Lisa 4. Näide lihaslõdvestusest.....	39
Lisa 5. Näide positiivsest sisekõnest	40
Lisa 6. Vajalikud kontaktid	41

Sissejuhatus

Käesolev juhendmaterjal on koostatud psühholoogidele, kes puutuvad töös kokku seksuaalvägivalla ohvritega. Juhendis tuuakse välja olulisemad põhimõtted, mis puudutavad tööd seksuaalvägivalda kogenud inimestega ning mida tulenevalt teaduskirjandusele ja uurimistöödele järgida. Juhendmaterjal on Tartu Ülikooli Sotsiaal- ja Haridusteaduskonna Psühholoogia instituudis koostava magistritöö lisa. Maailma Terviseorganisatsiooni definitsiooni kohaselt on seksuaalvägivald on igasugune seksuaalvahekord või seksuaalvahekorda astumise katse, soovimatud seksuaalse alatooniga märkused või lähenemiskatsed või muul moel isiku seksuaalsuse vastu sunni abil toimepandud teod teise isiku poolt sõltumata tema suhtest ohvriga, ükskõik millises kohas, sh kodus või tööl või mujal. Seksuaalvägivald (SVV) on nii vägistamine (sh kooselus, kohtingul ja võõraste poolt) kui ka muudest seksuaaltoimingutest osa võtma sundimine. Seksuaalvägivalla üks vorme on seksuaalne ahistamine (*sexual harassment*) – so mis tahes soovimatu sõnaline, mittesõnaline või füüsiline seksuaalse olemusega käitumine või tegevus, mille eesmärk või tegelik toime on isiku vääriskuse alandamine luues häiriva, ähvardava, vaenuliku, halvustava, alandava või solvava õhkkonna. Seksuaalvägivallaks loetakse ka prostitutsioonile sundimist, inimkaubandust seksuaalse ekspluateerimise eesmärgil, sunniviisilist pornograafia tootmises osalemist, laste seksuaalset ärakasutamist, sundabielusid (sh laste abielusid), sunniviisilist rasedust, aborti või steriliseerimist, neitsilikkuse tõestamise sundi, naiste suguelundite moonutamist (mutilatsiooni) ja muid, peamiselt naistevastase vägivalla ilmingud.

Euroopa inimõiguste ameti (FRA) 2014.a. naistevastase vägivalla uuringust selgub, et Eestis on 15. eluaastast alates iga kaheksas naine (13%) enda hinnangul kogenud seksuaalvägivalda. Sama uuringu kohaselt on Euroopa Liidu riigi keskmine näitaja 11%.

Käesolev juhendmaterjal on suunatud tööks inimestega, kes on kogenud lähiminekis (umbes möödunud 3 kuu jooksul) seksuaalvägivalda. Eelkõige sobib juhend kasutamiseks psühholoogidele, kellel on varasemalt vähe kokkupuuteid seksuaalvägivalla ohvritega. Juhendis toodud põhimõtted sobivad esmajoones rakendamiseks ohvrite puhul, kes on kogenud ühekordset seksuaalset vägivalda või rünnaku katset ning sellest tulenevalt on tekkinud psüühiline distress või psüühikahäired. Siinkohal peetakse silmas olukorda, kus SVV tagajärjel on tekkinud igapäevase toimetuleku ja enesetunde häirumine, sh ärevus-, meeleolu, une-, seksuaalelu-, kohanemis- või stresshäired.

Juhendmaterjal ei käsitle tööd järgmiste seksuaalvägivalla vormidega: inimkaubandus, suguelundite moonutamine, sunnitud osalus pornograafias või prostitutsioonis ja seksuaalne orjastamine. Lisaks on vaatluse alt välja jäetud veel seksuaalvägivald militaarkeskkonnas, vanglates või vägistamine sõjakuriteona. Nimetatud seksuaalvägivalla vormide puhul on enamasti tegemist teistsuguse dünaamikaga ja kestva vägivaldaga, mis nõuab spetsiifilisemat sekkumist. Ka kestev lähisuhtevägivald erineb ühekordselt toime pandud vägivaldaktist oma olemuselt ja võimalike tagajärgede poolest. Samuti jääb käsitlemata seksuaalvägivald lapseas.

SVV uuringutesse kaasatute vanus on tavapäraselt alates 15. eluaastast. Seetõttu on tinglik piir 15 eluaastat, millest alates käesolev juhendmaterjal kasutamiseks sobib. Mõned asjaolud, mida töös teismelistega arvestada, on toodud välja käesoleva juhendmaterjali lisades (Lisa 1).

Seksuaalvägivalla ohvriga kokku puutuval spetsialistil tuleb hinnata iga juhtumit lähtuvalt individuaalsetest eripäradest ja tulenevalt sellest teha otsus edasiseks tegutsemiseks ohvri abistamise osas. Seksuaalkuritegude spekter on väga lai. Kuritegude detailid ja asjaolud võivad olla erinevad või sarnased ning on võimalik teha ka teatud üldistusi. Sellele vaatamata tuleb olla teadlik, et seksuaalvägivalla mõju ja tagajärjed võivad olla ohvriti väga erinevad, sõltumata välistest sarnasustest. Vägivalla liik ei mõjuta kõiki ohvreid samamoodi, iga ohver kogeb vägivalda tulenevalt isiklikest kogemustest ja isiksuslikest eripäradest. Seega ei saa rääkida „õigest“ reaktsioonist vastuseks seksuaalvägivallale.

Kuigi tüüpiliselt peetakse seksuaalvägivallast rääkides silmas naistevastast vägivalda ja enamik uuringuid on samuti viidud läbi naiste seas, siis tuleb meele pidada, et seksuaalvägivalda esineb ka suunatuna meeste vastu, samuti esineb vägivalda samasooliste inimeste vahel. Psühholoogiline trauma ja emotsionaalsed tagajärjed SVV puhul on meeste ja naiste puhul sarnased. Seega sobivad juhendis toodud lähenemised tööks nii mees- kui naisohvritega.

Juhendis toodud soovitusel ei asenda psühhoteraapiat, vaid on mõeldud nõustamistööks esimestel kohtumistel seksuaalvägivalda kogenud inimesega. Psühholoogilise nõustamise üks eesmärgi on hinnata psühhoteraapia vajadust ja selle ilmnemisel klient teraapiasse suunata. Lisaks tuleb hinnata ka ohvri teisi vajadusi ning suunata teda teiste erialaspetsialistide juurde (naistearst, juriidiline nõustamine, politsei jm). Juhendmaterjal ei ole mõeldud asendamaks põhjalikku kriisinõustamise väljaõpet, vaid see on mõeldud kasutamiseks spetsialistidele, kellel on eelnevalt põhjalik psühholoogilise nõustamise või psühhoteraapia väljaõpe.

I Seksuaalvägivallaga seotud väärarusaamad

On mitmeid SVVga seotud stereotüüpsest mõtlemisest tulenevaid müüte, mis mõjutavad, kuidas ühiskond, õigussüsteem ja meditsiinisüsteem lähenevad seksuaalvägivalla käsitlemisele. Müüdid mõjutavad ohvri tajumist, sotsiaalse toe kättesaadavust ja seda, kuidas ohver tuleb toime emotsionaalsete ja psühholoogiliste tagajärgedega. Iga seksuaalvägivalla ohvriga töötav spetsialist peab olema teadlik vääruskumuste ja faktide erinevusest. Isiklikud eelarvamused ja hoiakud, mis kahjustavad ohvrit, tuleb jätta kõrvale ning töötada erapooletult, andmata hinnanguid ohvrile või tema käitumisele. Järgnevalt on toodud enamlevinud müüdid.

Müüt 1: Vägistamine on füüsiliselt vägivaldne rünnak, mille paneb toime võõras inimene öisel tavalal.

Selgitus: Kuigi see võib olla mõnel juhul tõsi, siis enamik rünnakutest pannakse toime siseruumides ning kellegi poolt, keda ohver teab. Naised, kes on vägistatud tuttava poolt, pöörduvad väiksema tõenäosusega politsei poole ning otsivad ka harvem meditsiinilist ja psühholoogilist abi, võrreldes nendega, keda vägistavad võõrad. Samuti tunnevad tuttava ohvriks langenud naised end rohkem ise süüdi olevat ja seega arvavad end mitte väärt olevat partneri, pere ning sõprade toetust.

Müüt 2: Kooselupartner või abikaasa ei saa olla vägistaja.

Selgitus: Tegelikult on SVV kooselusuhtes levinud ning ilmneb enamikes kultuurides. Vägistamine lähedase poolt võib olla sekundaarne muud tüüpi füüsilisele vägivallale. Igasugune sunniviisiline seks on seksuaalvägivald, sõltumata sellest, kas ohver on ründajaga abielus/kooselus või mitte. Seksuaalvägivald abielus on levinud, kuid teadvustamata kuritegu, sellest sageli ei teatata politseile. Kuigi abikaasa süüdimõistmine võib olla küsitav, aitab vägivalla avalikustamine vägistajat korrale kutsuda ja vähendada uute rünnakute tõenäosust.

Müüt 3: Vägistatud naine pidi ise midagi tegema, et vägistamist põhjustada.

Selgitus: Selline hinnang võib põhineda käitumisel või riietumisel. Tegelikult ei saa ohvrit vaadelda kunagi vägistamise põhjustajana, sõltumata sellest, kuidas ta riietus, käitus või kas ta oli joobes; vastutus teo eest lasub ainult teo toimepanijal. Sellest väärarusaamast kantuna võib esineda ka lähedaste poolt süüdistavaid hoiakuid ohvri suhtes.

Müüt 4: Tõelist meest ei saa vägistada.

Selgitus: Mõnda aega tagasi peeti õigussüsteemis vägistamiseks just vastutahtelist vaginaalselt ühet (seega ainult naised saavad olla vägistatud). See stereotüüp on seotud vaadetega, mille kohaselt oodatakse, et mees peaks olema võimeline võitlema ja end kaitsma. Enamik meesohvrite ründajatest on samuti mehed. Tegelikult kogevad mehed sarnaselt naistega šokki ja tunnevad rünnaku ajal abituse tundeid ja võimetust vastu hakata. On leitud, et suurem osa ohvritest tunneb end tardununa seksuaalrünnaku ajal.

Müüt 5: Ohvri seksuaalse erutuse märkide (orgasmi, erektsiooni või ejakulatsiooni) ilmumine tähendab ohvripoolset nõusolekut vahekorraks.

Selgitus: Tegelikult on hulk inimeste ja loomade uuringuid, mis kinnitavad, et kõrge füsioloogilise ergastuse tase (mis on tingitud rünnakust) toob kaasa tahtmatu genitaalse reaktsiooni (nii naistel kui meestel). Seega tahtele allumatu erektsioon, ejakulatsioon või orgasm pole seksuaalrünnaku ajal haruldased. Kui meest on anaalselt vägistatud, siis võib surve eesnäärmele põhjustada erektsiooni ja ka orgasmi. Seesugune seksuaalne reaktsioon võib tekitada ohvri jaoks suurt distressi. Toetudes teadmistele füsioloogilistest reaktsioonidest, juhtumianalüüsidele ning järeldustele, mida on teinud seksuaalvägivalla ohvritega kokku puutuvad arstid, saab väita, et füsioloogiline seksuaalne erutus võib tekkida ka seksuaalvägivalla korral. Seega ei tohi kuidagi arvata, et seksuaalse erutuse tekkimine võiks viidata ohvri nõusolekule.

Müüt 6: Vägivaldne seksuaalakt kahe samast soost inimese vahel on homoseksuaalne akt

Selgitus: Mehed teatavad vähem SVVst, sest kardavad saada sildistatud homoks ja mõne mehe jaoks tekitab rünnak akuutse emotsionaalse segaduse seksuaalsuse ja seksuaalrollide üle. Kuigi meeste vastu suunatud seksuaalvägivaldal on oluliselt vähem uuritud, võrreldes naistega, on leitud, et meeste reageeringud ja vajadused on üsna sarnased naiste omadega. Seksuaalset vägivaldal esineb ka naiste vahel, ilma, et tegemist oleks homoseksuaalse suhtega.

Müüt 7: Meeste bioloogiline seksuaaltung on üks vägistamise põhjustest.

Selgitus: Tegelikult argument, et seksuaaltung on vägistamise motivaatoriks, ei pea paika. Vägistamine on tegelikult terroriseeriv, agressiivne akt, mis on kantud eesmärgist kontrollida, terroriseerida ja alandada ohvrit, mitte kontrollimatust seksuaalihast. Seksuaalvahekorra võimaluse puudumine ei selgita vägistamist, kuna enamikul vägistajatest on olnud teo toimepanemise ajahetkel võimalus ka mittesunnitult vahekorraks kellegi teisega. Seksuaalvägivaldal motiveerib viha, võimu ja kontrolli vajadus. Agressiivne käitumine on suunatud ohvri eneseteadvuse halvendamisele ja privaatsuse hävitamisele.

Müüt 8: Narkootikumidega uimastamise tagajärjel toimunud vägistamist saab inimene ise ära hoida, jälgides hoolega oma jooki.

Selgitus: Arvatakse, et kohtingul või avalikes kohtades enda joogi tähelepanelik jälgimine võimaldab vältida olukorda, kus toimub ohvri teadlik uimastamine joogi sisse narkootikumide panemisega. Tegelikult kasutatakse uimastavaid aineid paljudes kohtades – korteripidudel, restoranis ja ühisväljasõitudel, mitte ainult baarides või klubides. Sagedamini, kui võõra poolt, kasutatakse narkootikumide joogi sisse lisamist tuttavate isikute poolt. Seega on oluline mitte panna vastutust ohvrile, kui vägistamine leidis aset seoses ainetega uimastamisega. Ainuke isik, kes seesuguses olukorras vastutab, on isik, kes teadlikult kasutab narkootilisi aineid kellegi teise uimastamiseks.

Müüt 9: Seksuaalvägivalla kohta esineb sageli valekaebusi

Selgitus: Tegelikult esitatakse vägistamise kohta harva valesüüdistusi; vägistamise kohta ei esitata valesüüdistusi rohkem, kui teiste kuritegude kohta. Enamlevinud hinnangute kohaselt on vägistamiskuriteod suuresti hoopis alaraporteeritud. Kahjuks tuleb sageli ette, et

süüdistuste tõesuses kaheldakse, eriti siis, kui ohvriks on vaimse alaarengu või psüühikahäirega isik.

Müüt 10: Vägistamise ohvriks langevad sagedamini „teatud“ tüüpi naised

Selgitus: Tegelikult ei ole kindlat ohvri tüpoloogiat, SVV ohvriks võib langeda iga naine, sõltumata vanusest, rahvusest, haridusest või muudest näitajatest.

Müüt 11: Kui naised tõeliselt tahavad, siis saavad nad vägistamiskatset tõrjuda

Selgitus: SVV ajal tunneb ohver hirmu ja abitust, mis töötavad ründaja kasuks. Samuti on ründaja see, kes valib intsidendiks aja ja koha. Vägivald ei anna võimalusi läbirääkimisteks.

Müüt 12: Seksuaalvägivallaga kaasneb enamasti märkimisväärne kehaline vägivald ja relvaga ähvardamine

Selgitus: Enamasti ei kaasne SVVga palju füüsilise jõu kasutamist – enamik ohvreid on liiga hirmul selleks, et osutada vastupanu. Ohvri hirm ja abitus seletab, miks teo toimepanijal on vaja kasutada vähe jõudu. Seetõttu ei pruugi ohvril olla ka füüsilisi vigastusi. „Nõusolek“ (*false agreement*) seksuaaltegevuseks võidakse saavutada kehalise vägivalla ähvardusega, kasust ilmajätmise ähvardustega (nt edutamine tööl, hinne jmt), psühholoogilise survestamisega või väljapressimisega. Sellistes tingimustes saavutatud „nõusolek“ ei võrdu vabalt antud nõusolekuga. Vaba nõusolekut seksuaaltegevuseks ei ole suutelised andma ka inimesed, kes on nt alkoholi või teiste uimastite mõju all, intellektipuudega (sel puhul ei olda võimelised aru saama seksuaalakti tähendusest, ei olda võimelised väljendama oma nõusolekut või keeldumist).

Müüt 13: Vägistaja on vaimselt haige või seksuaalhälbega

Selgitus: Seksuaalründe eesmärk on võim ja kontroll – enamik selle toimepanijatest ei ole vaimselt haiged ega ka seksuaalse häirega.

Müüt 14: Raseduse ajal on vägivald haruldane

Selgitus: Rasedus on tegelikult paarisuhte vägivalla riskitegur, mitte ei välista vägivaldset käitumist. On leitud, et lähisuhtevägivald intensiivistub raseduse ajal.

Müüt 15: Kui naine ütleb seksile „ei“, siis ta mõtleb: „jaa“

Selgitus: „Ei“ tähendab „ei“. Paljud vägistajad usuvad, et naised soovivad olla vägivaldses seksuaalvahekorras. Isegi siis, kui mees peab kasutama kehalist vägivald, usub ta end käituvat vastavalt naise varjatud soovidele ja ootustele. Hiljem ei tunne kurjategija oma käitumise pärast süümepiinu, sest tema meelest ei olnud tegemist vägistamisega. On oluline teha vahet seksuaalfantaasiate, vägivaldade esitleva pornograafia ja tegelike soovide vahel.

Müüt 16: Prostitutsiooni kaasatuid ei saa vägistada

Selgitus: Iga inimest (meest või naist), kes on prostitutsiooni kaasatud, saab vägistada. Uuringute järgi on prostitutsiooni kaasatutest märkimisväärne osa kogenud seksuaalvägivald seksu ostjate, politsei või partnerite poolt.

Kokkuvõttes on oluline olla teadlik, et SVV on agressioon teise inimese vastu, mida väljendatakse seksuaalselt ja mitte seksuaalakt, mida väljendatakse agressiivselt. Ohvrite seksuaalvägivalla kogemused võivad olla väga erinevad, kuid kõik nad on olnud teise inimese võimu ja kontrolli all ning läbi elanud soovimatu seksuaalkogemuse. Mõned on kogenud enda suunas tugevat viha või vihkamist, mõned on saanud füüsilisi kahjustusi või kogenud teistepoolset alandamist ning osad on tundnud hirmu oma elu pärast. Seoses rünnakukogemustega on kliendid tõenäoliselt psühholoogiliselt haavatavad ja seetõttu tuleb nendega tegeledes säilitada austav, tundlik kohtlemine ja hoolikalt kaaluda nende vajadusi. Kliendiga töötaval spetsialistil tuleb pakkuda füüsiliselt ja emotsionaalselt turvalist võimalust, et klient saaks avada tundlikke ja tõsiseid teemasid. Kuna seksuaalrünnaku keskmes on ülemvõimu kuritarvitamine, teise isiklike piiride ületamine, kontrollimine ja turvalisuse hävitamine, siis on äärmiselt oluline, et spetsialist pööraks erilist tähelepanu konfidentsiaalsusele, turvalisusele ja usaldusele.

II Seksuaalvägivalla tagajärjed tervisele ja sotsiaalsele toimetulekule

Päevade, nädalate, kuude jooksul peale seksuaalvägivalla võib ilmned hulk tüüpilisi reaktsioone – käitumuslikud, afektiivsed, füsioloogilised ja kognitiivsed, lisaks võib esineda kehalise tervise seotud kahjustusi. Kõik need tagajärjed on suureks koormuseks tervisele ja seetõttu peaksid kõik asjassepuutuvad osapooled suutma tagada kiire ja kvaliteetse abi. Vaimse tervise sekkumised on olulised, kuna inimestel, keda on seksuaalselt rünnatud, on suur risk posttraumaatilise stressihäire (PTSH) tekkeks. Aja jooksul võivad ohvritel, kellel algsed reaktsioonid olid tugevad, sümptomid väheneda ja kaduda iseenesest, samas, kui teistel, kelle algsed reageeringud olid adekvaatsed, võivad tekkida psühhotraumaatilised sümptomid ja kujuneda välja PTSH. Neil, kellel ilmnevad dissotsiatsiooni märgid, on suurem tõenäosus pikaajaliste psüühiliste probleemide ilmnemiseks spontaanselt. Antud materjalis jääb käsitlemata vägistamistrauma sündroom, kuna viimaste aastate uuringutes ei ole vägistamistrauma sündroomi kontseptsioon leidnud empiirilist kinnitust.

Autonoomne ehk vegetatiivne närvisüsteem (hõlmab sümpaatilist ja parasümpaatilist närvisüsteemi) juhib siseorganeid (aju, süda, kopsud, soolestik) ja tagab elutähtsate funktsioonide säilimise (hingamine, vereringe, seedimine, eritumine). Selle stimulatsioonil (mis on seotud ka PTSHga) võivad vallanduda mitmed sümptomid, sealhulgas pearinglus, lipotüümia (lühiajaline teadvusekadu), värinad, higistamine, kuumahood, südamepekslemine, südame rütmihäired, valu ja rõhumistunne rinnus, seedehäired (iiveldus, oksendamine, kõhulahtisus või –kinnisus), hingamisraskused ja lämbumistunne, surin ja torkimistunne jäsemetes või suu ümbruses.

Kuigi seksuaalrünnakule järgnevalt võivad ilmned erinevad sümptomid, mis võivad olla segadusttekitavad või tunduvad kummalised, võib enamikku neist pidada normaalseteks ja ootuspärasteks reaktsioonideks vastusena äärmuslikule ja hirmutavale sündmusele. Väliste distressi tunnuste puudumine ei tähenda, et inimene tegelikult ei kannata ja tal ei teki hiljem häireid, või et ta ei vajaks abi.

Käitumuslikud sümptomid

Ohvritel ilmneb sageli ebatavalisi käitumuslikke sümptomeid, mis võivad muutuda harjumuslikuks, põhjustades terviseprobleeme ning mõjutades nende sotsiaalset ja pereelu.

Need sümptomid hõlmavad vältimiskäitumist, ülivalvsust (otsitakse obsessiivselt ohumärke), kergesti ehmumist, sõltuvuskäitumist, une- ja söömishäireid, muutusi hügieeniharjumustes (suurenenud hõivatus puhtusest või vastupidi, enese eest hoolitsemise vähenemine), ebatavalisi hoiakuid ja kummalist käitumist. Riskikäitumine hõlmab peamiselt vähenenud haiguste ennetamist, suurenenud alkoholitarbimist, narkootiliste ainete tarvitamist, suitsetamist, regulaarse tervisekontrolli puudumist.

Väga tavapärane on rünnakut meenutavate olukordade vältimine ja see võib muutuda väga halvavaks, kuna see takistab inimesel pöörduda oma igapäevaelu mustrite juurde tagasi. Ohver ei pruugi olla võimeline minema tagasi tööle, võib hakata liikuma mööda tavatuid teid-trajektoore või pole nõus olema üksinda. Olukorda hinnates tuleb kindlaks teha kõik muutused inimese tegevuses ja ulatuse, mil määral distressi vältimine seab tõsiselt ohtu tulevased suhted või töökoha. Lisaks on vaja kindlaks teha asjaolud, mis teevad vältimisteggevused rohkem või vähem kättesaadavaks. Mõnikord võib inimene traumakogemusega toimetuleku eesmärgil teha radikaalseid muutusi – näiteks loobudes tööst või kolides teise riiki, et alustada uut elu. Ka seesugust vältimist tuleb arvesse võtta.

Emotsionaalsed reaktsioonid

Seksuaalvägivalla ohvrite seas esinevad enim järgmised emotsionaalsed reaktsioonid: hirm, ärevus, ängistus, depressioon, häbi, süütunne, viha, eufooria, apaatia.

Peale seksuaalvägivalla kogemist tunneb enamik ohvreid seesugust hirmu, mida varem pole kogetud. Valdavalt on levinud hirm rünnaku kordumise ees, hirm rünnakut meenutavate olukordade ees (mehe peenis, jõhkрана näiv inimene), hirm rünnaku meditsiiniliste ja sotsiaalsete tagajärgede ees (kohtusse minek, rasedus, suguhaigused, viljatus). Sõltuvalt rünnaku asjaoludest, võib ohver tunda hirmu tööle minemise ees, üksi olemise või isolatsiooni ees, pimedas olemise ees, öise aja, võõraste, relvastatud isikute või vormis isikute ja seksuaalvahekorra ees. Isegi, kui neis olukordades ei ole ilmset ohtu, võib ohver kogeda intensiivset ja kontrollimatut hirmu ja seetõttu vältivat käitumist. Hirm sotsiaalsete tagajärgede ees on seotud sellega, et teised saavad juhtunust teada ja kuidas juhtunule reageeritakse; hirm partneripoolse eemaletõukamise või abiellumise võimaluse kadumise ees; hirm põlu alla sattumise ees.

Seksuaalvägivalla ohvrid võivad tunda süüd ja häbi omaenda käitumise pärast (etteheited enesele), näiteks seetõttu, et ei suudetud end kaitsta või ei põgenetud, või seetõttu, et üldse mindi sinna, kus rünnak toimus. Need süütunded on enamasti seotud enesele liigse vastutuse panemisega. Süüdistatakse end, et ei suudetud sündmust ette näha, kuigi objektiivselt võttes oli tegemist täiesti ettenägematu asjade kulgemisega. Võidakse süüd tunda ka seetõttu, et on ohvriks sattumisega häbistatud oma partnerit, lapsi, perekonda.

Kannatanud võivad tunda viha ründaja vastu, aga ka kõigi meeste või oma mehe ja kogu ühiskonna vastu. Viha võib olla suunatud ka lähedaste vastu, sest kliendil võib olla raskusi lähedane olemisega. Võib osutada vajalikuks aidata ohvril väljendada oma viha, kättemaksusoovi ja õigluse fantaasiaid ning eristada neid reaalsest, kavatsuslikust käitumisest. Võib olla vajalik teavitada eelnevalt klienti, et rääkimine kavatsusest kahjustada ründajat võib tuua kaasa olukorra, kus konfidentsiaalsus ei kehti ning vajadusel tuleb teavitada vastavaid

õigusorganeid. Esimestel hetkedel/päevadel pärast rünnakut võivad ohvrid tunda ka eufooriat tulenevalt sellest, et on eluga pääsetud.

Ärevust võib pidada ebakindel olemiseks või ohustatuna olemise tundeks. Tõsisematel juhtudel võib ärevus muutuda püsivaks, kus ohvrid on pidevalt mures ning kogevad ülemäärast ja korduvaid hirme, mis võivad olla seotud näiteks nende tervise, tuleviku, pere ja lastega. Üldiselt kaasnevad ärevuse seisundiga rahutus, jõuetus, keskendumisraskused, ärrituvus, lihaspinged, unehäired. Koostöös kannatanuga tuleb kindlaks teha füüsilised, kognitiivsed, käitumuslikud ja keskkondlikud tegurid, mis iseloomustavad ja säilitavad kliendi ärevust. Ärevust ja ängistust võimendavad kõik muud raskused, millega ohver kokku puutub – majanduslikud raskused, lähedaste-poolne tõrjumine, diskrimineerimine, kehvad elamistingimused.

Ärevusest harvematel juhtudel võib SVV järgselt kujuneda välja depressioon. Inimesed tunnevad peale rünnakut identiteedi muutumist või selle kaotamist, nagu nad oleks mingil moel rikunud või ei ole enam need inimesed, kes nad varem olid. Need tunded võivad olla seotud depressiooni ja lootusetusega. Nutusus, kurbus, kehv keskendumisvõime, ning huvide puudumine varasemate tegevuste, suhete ja seksuaalsuse suhtes on tavapärased peale seksuaalvägivalla kogemist. Oluline on hinnata, kas tegemist on kliinilise depressiooniga.

Somaatilised ja füsioloogilised reaktsioonid

Psühholoogilised kannatused võivad viia füsioloogiliste sümptomite tekkimiseni või vallandada somaatilisi haigusi. Somatoformseid häireid iseloomustavad füüsilised kaebused, mis tunduvad olevat somaatilist päritolu, aga reaalselt ei leia kinnitust ükski orgaaniline patoloogia. Teisisõnu, patsient kannatab füüsiliste vaevuste all ilma, et oleks tegemist mingi füüsilise häirega. Kuigi sellistel häiretel on somaatiline väljund, klassifitseeruvad need vaimsete häiretena, kuna need on põhjustatud psühholoogiliste tegurite poolt. Füüsiline asteenia on krooniline väsimus ja üldine nõrkustunne, mis tekib väikseimagi pingutuse järel ning mis ei taandu puhkamisega. Seda kogevad enamik psüühilise trauma läbielajaid. Suurenenud füsioloogiline erutus võib väljenduda järgnevas: insomnia, ülemäärane ehmumine, ärrituvus, halb keskendumisvõime või üliväsimus.

Konversioonihäired tuleb ette väga harva, kuid häiretest tingitud sümptomid on väga silmapaistvad ja jahmatavad, põhjustades puudujääke mootorsetes ja sensoorsetes funktsioonides. Siia alla kuuluvad kõndimishäire, käte halvatus, aistingute kadumine (näiteks jäsemetes), pimedus, kurtus, kõnevõime kaotus ja muud sümptomid, millele ei ole orgaanilisi põhjuseid leitud. Kuigi seesugused somaatilised kaebused võivad tuleneda füüsilisest vägivallast, tuleb kindlasti veenduda, et nende kaebuste aluseks pole orgaaniline haigus.

Seksuaal- ja reproduktiivsüsteemi probleemid

Seksuaalfunktsiooni häired on seksuaalvägivalla ohvrite seas sagedased. Nende hulgas on sagedasemad: seksuaalhuvi langus, vastumeelsus vahekorra suhtes, anorgasmia, düspareunia (valulik suguühe), vaginism (tahtmatu tupelihaste kramp, mis takistab seksuaalvahekorda), võimalikud häired menstruatsioonitsükklis. Seksuaalvägivallaga kaasneb tavaliselt ka seksuaalsel teel levivate nakkuste oht ja naisohvrite jaoks ka raseduse risk. Seetõttu on vajalik antibiootikumiprofülaktika (kuni 5 ööpäeva peale rünnet), B-hepatiitdivastane vaktsineerimine (kui ohver on vaktsineerimata), raseduse testimine,

võimalusel hädaabi-pilli võtmine raseduse ennetamiseks või kaaluda raseduse katkestamist. Siiski peab arvestama, et osa naistest soovib seksuaalvägivalda järel tekkinud rasedust säilitada. Naine, kes peab tegema otsuse, kas rasedus katkestada või mitte, võib tõenäoliselt tunda sisemisi vastuolusid ja distressi. Mõlema otsuse järgselt võib naine vajada nõustamist või teraapiat. Vägistamisjärgselt tekkinud probleemid seksuaalkäitumises on tavapärased ja võivad kesta mitmeid aastaid.

Traumaatiline psüühiline kriis

Igaüks püüab säilitada oma vaimse tervise tasakaaluseisundit arengu käigus omandatud kohanemis- ja toimetulekumehhanismidega. Psüühiline tasakaaluseisund lööb kõikuma, kui tekib mingi ootamatu olukord, mille valitsemiseks tavapärastest kohanemismehhanismidest ei piisa. Kui varem omandatud lahendusviisidega ei õnnestu tasakaalu kiiresti taastada, kujuneb välja psüühiline kriis. Kriisilukorra on omane ebakindlus tuleviku suhtes; turvatunde seisukohalt oluline tuleviku ennustatavus kaob. Kui kriisi põhjustanud ähvardav või ohtlik sündmus erineb ootuspärastest elumuutustest, võib rääkida traumaatilise psüühilisest kriisist. Suuremal osal inimestest järgivad traumaatilised psüühilised kriisid teatud loomulikku kulgu.

Kriisi kulus võib libisevate ajaliste piiridega eristada šokiperioodi, reaktsiooniperioodi, käsitusperioodi ja ümberorienteerumise perioodi. Šoki- ja reageerimisperiood moodustavad akuutse kriisiperioodi.

- Šokiperiood algab vahetult pärast rünnakut ja kestab mõnest hetkest mõne ööpäevani. Sel ajal inimene ei suuda veel olukorda mõista või isegi eitab seda. Vahetuks šokiperioodi reaktsiooniks on sageli teatud tardumus, mis väliselt paistab hämmastava rahulikkusena. Osa inimesi satub lühiaegsesse kaootilisse erutusseisundisse, mis ilmneb karjumise, raevu, nutmise või kontrollimatu motoorse rahutusena. Siiski satub raskeimagi traumaatilise stressi korral vaid väga väike osa inimestest otseselt psühhootilisse seisundisse. Osa tardumusseisundis inimestest võivad ajutiselt käituda „robotlikult normaalselt“, justkui midagi poleks juhtunud ning lühikese jälgimise põhjal võib see tingida nende seisundi valestihindamise. Osal võivad apaatia ja rahutus kiiresti vahelduda. Hilisemalt ei suuda paljud täpselt meenutada šokiperioodi sündmusi või selle ajal antud nõuandeid. Tugev tõrjumine või eitamine, mis võivad esineda šokiperioodis, on sageli väga vajalikud ja toibumist soodustavad kohanemisevõtted, kui need ei kesta liiga kaua. Šokiperioodis on peamiseks vajaduseks saada konkreetset turvalisust ja kaitset ning tunda, et aitajad kontrollivad olukorda.
- Reaktsiooniperiood kestab mõnest päevast nädalani, vahel kuudeni. Inimene hakkab omaks võtma vahepeal muutunud reaalsust ja püüab moodustada arusaama selle kohta, mis on toimunud. Algul suudetakse psüühiliselt valusaid kogemusi läbi käia vähehaaval ja esialgu tugevate psüühiliste kaitsemehhanismide abil. Reaktsiooniperioodi alguses vajab inimese meel toimunu tähenduse eitamist ja tunnete eristamist. Sageli tuleb ette regressiivse rahulduse saamise viise (näiteks alkoholi tarvitamine). Osa siirdab ärevuse välistele objektidele, mis võib ilmneda näiteks tervishoiupersonali põhjendamatu süüdistamisena. Reaktsiooniperioodil võib mõnikord esineda hallutsinatsioonid meenutavaid hetkelisi, mööduvaid kogemusi. Need nähud seonduvad reaktsiooniperioodil kasutatavate psüühiliste

kaitsemehhanismidega ning neid ei tohi liiga kiiresti tõlgendada tegelikeks psühhootilisteks või dissotsiativsete häirete sümptomiteks. Reaktsiooniperioodis olev inimene peab korduvalt kogema, et teda kuulatakse ära ja temast hoolitakse. Oluline on anda selles perioodis inimesele selget, praktilist ja ülekorratud infot. Seda tehes tuleb talle anda võimalus olla ära kuulatud.

- Kriisi käsitusperiood (läbitöötamise, parandamise periood) kestab mõnest kuust umbes aastani. Sel ajal hakatakse sündmuse aktsepteerima. Sel ajal hakatakse sündmuse aktsepteerima. Toimunut enam eitata, ei tõrjuta ega jäeta muul moel psüühilisest tegevusest kõrvale, vaid nõustutakse paratamatu toimumisega. Inimene käib toimunu läbi nii tunde- kui faktilisel tasandil ning loob endast ja oma elust uue pildi. Ravi seisukohalt on oluline kliendile ära kuulatud olemine endiselt oluline, kuid rõhutatakse ka kliendi iseseisvumise ja tulevikku suunatuse toetamise vajadust.
- Kriisi ümberorienteerumise perioodil toimub toibumine traumaatilise sündmusest ja selle tagajärgedest umbes 1-2 aasta jooksul. Kriisisündmused liigenduvad üheks elu ja oma mina osaks. Kriis ei kuluta enam vaimse tervise jõuvarusid, vaid võib neid isegi juurde tuua. Toibumine ei ole sirgjooneline. Uued raskused või esialgset traumat meenutavad olukorrad võivad aktiveerida varasema reaktsiooniperioodi nähte ja sümptomeid. Ravipersonaalilt eeldatakse visa, rahulikku julgustamist ja pessimistliku hoiaku vältimist.

Posttraumaatiline stressihäire (PTSH)

Traumajärgne stressihäire kujuneb pikaleveninud tagajärjena erakordselt mõjuvale sündmusele või olukorrale (nii lühiajalisele kui ka kestvale), mis tõenäoliselt põhjustaks tugevat ärevust või muud psüühilist kannatust peaaegu igale ühele. Tüüpilisteks sümptomiteks on trauma korduva läbielamise episoodid pealetükkivates kujutlustes ja unenägudes, mis ilmnevad püsiva emotsionaalse tuimuse foonil, eraldumine teistest inimestest, anhedoonia ning traumat meenutava tegevuse ja situatsioonide vältimine. Tavaline on hirm traumat meenutavate objektide ja tegevuste suhtes ning nende vältimine. Harva võib ette tulla ägedaid dramaatilisi hirmu-, paanika- ja agressioonipuhanguid ja/või trauma ajal esinenud käitumise kordumist, mis võivad vallanduda traumat meenutava stiimuli toimetel.

Sündmuse kordumise ja taaskogemise sümptomid on PTSHle kõige iseloomulikud. Kogetu võib mõttes korduda mitmel viisil, tüüpilised on sündmusega seonduvad korduvad painajalikud unenäod. Mõnedel võib traumaatiline sündmus korduda tugevate dissotsiativsete nähtudena (*flashback*-seisundid ehk dissotsiativsed taaskogemised) justkui sundusliku sisemise filmina. Sellised sümptomid võivad meenutada lühiaegset psühhootilist hallutsinatoorseid seisundit, mida nad siiski sisuliselt ei ole. Taaskogemised on tavaliselt visuaalsed, kuid kaasatud võivad olla ka teised meeled, nagu kuulmine, haistmine, puudutamine. Taaskogemise võivad vallandada nii sisemised (mõtted, füüsilised aistingud) kui välised märgid, mis sarnanevad mingi rünnaku aspektiga. Kui sellised sümptomid on tekkinud, peab psühholoog jääma teadlikuks, et enamik inimesi ei ole midagi sellist varem kogenud ning neil võib tekkida mure oma vaimse tervise pärast.

Dissotsiatiivsed sümptomid

Dissotsiatiivset fenomeni võib näha kui inimese tahtmatut katset kaitsta end stiimuli eest, mis on liiga valus või hirmutav. Isik võib kogeda subjektiivselt ka emotsionaalset tuimenemist või emotsionaalsete reaktsioonide puudumist olukorras, kus emotsionaalsed reageeringud on tavapärased. Nagu ka taaskogemise puhul, võivad kliendid olla tõrksad oma tavapäraste kogemuste jagamisel. Tavaliselt aitab avameelsus ja selgitamine, et kummalised kogemused on peale traumakogemust tavapärased.

Traumeeriva sündmusega kokku puutudes võivad tekkida dissotsiatiivsed seisundid:

- dissotsiatiive mäluhäire (võimetus meenutada mingit kesket traumaga seotud infot),
- iseenda tajumine võõra või veidrana (depersonalisatsioon),
- ümbruse tajumine võõra või veidrana (derealisatsioon),
- aja- ja kohataju kaotamine,
- aistingute vääristumine
- raskused kujutluste eristamisel tegelikkusest,
- subjektiivne tardumuse või eraldatuse tunne või tundetus

Dissotsiatsioon on enamasti osalt kohanemisreaktsioon psüühilist tasakaalu ohustavale traumale. Tagajärjed, nagu amneesia, desorientatsioon või meelepetted, tekitavad omakorda sekundaarset turvatunde puudumist ja ärevust. Dissotsiatiivsete sümptomite tekkimisel on oluline psühholoogil jääda rahulikuks ning aidata ohvri saada kontakt käesoleva hetkega, püüdes suunata kliendi tähelepanu olevikus eksisteerivatele neutraalsetele stiimulitele (näiteks paluda nõustajale otsa vaadata, keskenduda nõustaja häälele).

Sotsiaalsed tagajärjed

Traumast tingitud psühholoogiliste sümptomite tagajärjel on halvenenud inimese sotsiaalne toimetulek (tegutsemine, suhtlemine, koostöö). Emotsionaalne kaugenemine või liigne sõltuvus pereliikmetest ja sõpradest, ärrituvus, ründav käitumine, huvi langus ja entusiasmi vähenemine võivad häirida pereliikmeid ning kogukondlikku dünaamikat. Psühholoogilised tagajärjed võivad häirida või takistada inimesel täita oma igapäevakohustusi ja tööülesandeid, mille tulemusel väheneb tavapärane rahaline sissetulek. Lisaks on mõjutatud vanemlik toimetulek ja seksuaalsuhe oma püsipartneriga.

III Esmakohtumine seksuaalvägivalga ohvriga vahetult pärast rünnakut

Harva satub ohver peale rünnakut kõigepealt psühholoogi juurde. Ometi ei saa seda võimalust välistada ja kliendi esmane kogemus ükskõik millise valdkonna spetsialistiga, kellega kokku puututakse, võib tugevalt mõjutada tema edasist tegutsemist ning enesetunnet. Spetsialisti kaastundlik reageerimine omab märkimisväärselt positiivset mõju ohvri paranemisele. Kuigi seksuaalrünnakule järgnenud tundide või päevade jooksul võivad ilmned erinevad sümptomid, mis võivad olla segadusttekitavad või tunduvad kummalised, võib enamikku neist pidada normaalseteks ja ootuspärasteks reaktsioonideks vastusena äärmuslikule ja hirmutavale sündmusele. Tuleb kinnitada, et mida ohver ka ei teinud, ei väärinud ta

vägistamist ja juhtunu pole tema süü; SVV ei õigusta temapoolne käitumis- ega riietumismaneer. Vältida tuleb moraalset hinnangulisust kannatanu suhtes.

Esmavajaduste hindamine

Kliendi vajaduste ja ohutuse hindamisel alustada füüsilistest vajadustest – esmavajadused, meditsiiniline abi, söök, riided, peavari ja transpordivõimalused; kas ohuolukord on möödas. Vajalik on hinnata ohvri toimetulekuressursse – tugevusi ja haavatavust ning milline on tema tugivõrgustik (pere ja sõbrad). Tuleb veenduda, kas kannatanul on turvaline koht, kuhu minna ja keegi usaldusväärne isik, kes saaks talle kohtumise lõppedes saatjaks olla. Kui vägivalla ohvril pole kohta, kuhu minna, tuleb püüda leida talle sobiv koht kasutades antud piirkonnas olevaid võimalusi ja teenuseid. Kui ohvril on ülalpeetavaid, kelle eest ta ei saa või ei suuda trauma tulemusena hoolt kanda, tuleb korraldada ka nende heaolu. Vajadusel leida sobivad meditsiinilised või sotsiaalteenused ja suunata klient edasi (naistearst, erakorraline meditsiin, psühhiaater, sotsiaalkindlustusamet, sotsiaaltöötajad, ohvriabi, lastekaitse spetsialistid, naiste varjupaiga või tugikeskuse töötajad, tugiisikud, turvakodu töötajad). Esile võib kerkida ka kliendi vajadus kontakteeruda politseiga, et esitada kuriteoteade. Kliendi edasisuunamisel tuleb silmas pidada, et kliendi võimekus end abistada võib kriisiseisundis olla piiratud ning seetõttu tuleb kliendile anda võimalikult selged juhised edasi pöördumiseks (soovitavalt ka kirjalikult kaasa anda). Eelistatult võiks nõustaja võtta isiklikult kontakti koostöösse kaasatud spetsialistiga ja korraldada kliendi jõudmine vastava professionaalini.

Seadustest tulenevad kohustused

Psühholoogide ja nende konfidentsiaalsuskohustuse kohta puuduvad õigusaktides täpsemad regulatsioonid nagu seda on näiteks advokaatidel ja notaritel. Eesti Vabariigi karistusseadustiku järgi on esimese astme kuriteost mitteteatamine karistatav rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega. Esimese astme kuriteost mitteteatamine ei ole süüline, kui tegemist on kuriteo toimepanija vanemaga, lapsega, lapsendajaga, lapsendatuga, vennaga, õega, vanavanemaga, lapselapsega, abikaasaga või tema vanemaga. Seega psühholoog peab teatama talle teatavaks saanud esimese astme kuriteost. Esimese astme kuritegu on süütegu, mille eest on karistusseadustikus füüsilisele isikule raskeima karistusena ettenähtud tähtajaline vangistus üle viie aasta või eluaegne vangistus.

Seksuaalkuritegudest klassifitseeruvad esimese astme kuritegudeks:

- Vägistamine (KarS § 141 lg 2; inimese tahte vastaselt temaga suguühtesse astumine või muu sugulise iseloomuga teo toimepanemine vägivallaga või ära kasutades tema seisundit, milles ta ei olnud võimeline vastupanu osutama või toimunust aru saama):
 - 1) kui see on toime pandud noorema kui kaheksateistaastase isiku suhtes;
 - 2) kui see on toime pandud grupi poolt;
 - 3) kui sellega on tekitatud kannatanule raske tervisekahjustus;
 - 4) kui sellega on põhjustatud kannatanu surm;
 - 5) kui sellega on kannatanu viidud enesetapuni või selle katseni või
 - 6) kui see on toime pandud isiku poolt, kes on varem toime pannud seksuaalse enesemääramise vastase kuriteo;
- Suguühe või muu sugulise iseloomuga tegu mõjuvõimu kasutades (KarS § 143²) - täisealise isiku poolt noorema kui kaheksateistaastase isikuga suguühtesse astumine

või muu sugulise iseloomuga teo toimepanemine, ära kasutades kannatanu sõltuvust süüdlasest või kuritarvitades saavutatud mõjuvõimu või usaldust;

- Suguühe järeltulijaga (KarS § 144) - vanema, vanema õigustega isiku või vanavanema poolt lapse või lapselapsega suguühtesse astumine või muu sugulise iseloomuga teo toimepanemine
- Suguühe või muu sugulise iseloomuga tegu lapseealisega (KarS § 145 lg 2) - täisealise isiku poolt noorema kui neljateistaastase isikuga suguühtesse astumine või muu sugulise iseloomuga teo toimepanemine isiku poolt, kes on varem toime pannud seksuaalse enesemääramise vastase kuriteo;
- Alaealiselt seksi ostmine (KarS § 145¹ lg 3) - alla kaheksateistaastase isikuga rahalise tasu või mis tahes muu hüve eest suguühtesse astumine või muu sugulise iseloomuga teo toimepanemine isiku poolt, kes on varem toime pannud seksuaalse enesemääramise vastase kuriteo;
- Noorem kui 10-aastane laps loetakse arusaamisvõimetuks (KarS § 147), mis tähendab, et suguühte või muu sugulise iseloomuga teo toimepanemine alla 10-aastase lapsega on alati vägistamine ning esimese astme süütegu.

Psühholoogidel on juhendumiseks oma töös Eesti Psühholoogide Liidu Aukohtu poolt välja töötatud eetilised nõuded, mille punkt 10.a. ütleb, et praktikuna ei kahjusta psühholoog ei klienti ega iseennast, tagab kliendi privaatsuse ja (teda puudutava info) konfidentsiaalsuse, mis aga ei tähenda, et karistusseadustiku järgi ei peaks käituma.

Lisaks reguleerib alaealiste puhul toimimist Eesti Vabariigi Lastekaitseseadus.

Kohustus abivajavast lapsest viivitamata teatada kohaliku omavalitsuse üksusele või lasteabitelefoni 116 111 on kõigil isikutel, kellel on olemas teave abivajavast lapsest. Abivajav laps on laps, kelle heaolu on ohustatud või kelle puhul on tekkinud kahtlus tema väärkohtlemise, hooletusse jätmise või muu lapse õigusi rikkuva olukorra suhtes, ja laps, kelle käitumine ohustab tema enda või teiste isikute heaolu.

Kohustus hädaohus olevast lapsest viivitamata teatada hädaabinumbri 112 on kõigil isikutel, kellel on olemas teave hädaohus olevast lapsest. Hädaohus olev laps on laps, kes on oma elu või tervist ohustavas olukorras, ja laps, kelle käitumine ohustab tema enda või teiste isikute elu või tervist.

Kuriteo tõendite säilitamine

Lähtuvalt kuriteo tõendite kaotsimineku vältimisest tuleb olla teadlik, et enne tõendusmaterjalide kogumist ei tohiks kliendile pakkuda süüa, juua ega dušši all käimist ja riiete vahetamist ning vältida kliendiga füüsilist kontakti. Eelkõige peavad sellest teadlikud olema meditsiinitöötajad kuna tõenäosus, et klient vahetult peale rünnakut psühholoogi juurde satub, on üsna väike. Ometi on oluline neid aspekte teada kõigil seksuaalvägivalla ohvritega kokku puutumatel spetsialistidel. Ohvriks tuleb teada anda: mida varasem on meditsiiniline läbivaatus ja vajalike proovide võtmine, seda paremini saab juhtunut tõendada – kui ohver lükkab edasi meditsiinilist läbivaatust, võib viivitus kahjustada tema tõsiseltvõetavust ning vajalikud bioloogilised tõendid võivad hävida. Kohtumeditiinilised

tõendid säilivad kuni 5 ööpäeva; kehalisi vigastusi võib olla võimalik fikseerida ka pikema aja jooksul.

On leitud, et vaid väike osa seksuaalkuriteo ohvritest raporteerivad sellest politseile. Mitmed kannatanud on nõus politseile juhtunu kohta avalduse tegema, kuna on soov õigluse tagamiseks ja tulevikus rünnakute ennetamise eesmärgil. Klient, kes otsustab mitte politseid teavitada, võib tunda süüd. Uurimine saab olla efektiivsem, kui kuriteost teatakse peale juhtunut nii kiiresti kui võimalik. Õigusemõistmise protsess võib olla pikaajaline ja komplitseeritud ning võib alal hoida või süvendada kliendi distressi. Sageli ei jõua juhtumid kohtusse tõendite vähesuse tõttu. Kuigi ohvrid võivad mõista õigussüsteemi mehhanisme ja piiranguid, võivad nad tunda tugevat ebaõiglustunnet ja nagu poleks neid usutud. Teatamisosakaal on väike, kuna ohvrid tajuvad nendega uurimiseks läbi viidavaid protseduure ebamugavana, neile võib osaks saada soovimatu tähelepanu ja hinnanguline või süüdistav suhtumine. Lisaks võivad olla mitteteatamise põhjusteks: ohvrite arusaam, et intsident polnud piisavalt tõsine; ebakindlus, kas tekitatud kahju oli kavatsuslik; ei soovita, et teised, k.a. perekond saaks teada juhtunust; puuduvad tõendid, et intsident toimus; hirm ründaja või kellegi teise ees; uskumus, et politsei ei pea juhtunut piisavalt tõsiseks või ei saa midagi ette võtta; süütunne.

Tõendite kogumiseks psühholoogiline ettevalmistus

SVV järgselt toimub meditsiiniuasutuses kehaline (sh genitaalne) läbivaatus ja kohtule tõendite kogumine, mis tähendab uurijale ka detailsete ütluste andmist. Need rutiinsed toimingud võivad ohvri jaoks olla distressi oluliselt suurendavad, kuna tekitavad tugevaid seoseid SVV kogemusega. Kuna on leitud, et läbivaatuse aegne stressitase ennustab SVV järgselt esinevat psühhopaatoloogiat, siis kohtueksperdiisi tõendite kogumine võib mõjutada ohvri psühholoogilist häiritust. Seega saaks ennetavate tehnikatega vähendada SVV järgse uurimisega kaasnevat stressitaset ja riski, et tulevikus arenevad välja ärevus- või meeleoluhäired. Ennetamine tähendab siinkohal arvestamist, et ohver on tõenäoliselt äärmusliku distressi seisundis ja läbivaatuse eesmärk peaks olema distressi vähendamine, mitte suurendamine.

- Võimalikult lühidalt infoandmine selle kohta, mis ohvrit ees ootab
- Selged ja kergesti jälgitavad selgitused, juhised
- Ohvri kaasamine, kuid mitte läbi nõudmiste või ähvarduste
- Võimalusel lihtsad hingamis- ja lõdvestustehnikad ärevuse alandamiseks.

Ükskõik, kas ohver otsustab teatada kuriteost politseile või mitte, oleks hea, kui ohver oleks teadlik menetluse käigust. On oluline, et ohver mõistaks, et politsei ülesandeks on läbi viia erapooletu uurimine. Kui politseile on rünnakust teatatud, on ametnikud vastutavad tõendite kogumise, hindamise ja info töötlemise eest. Nende ülesanne on kriitiliselt hinnata, kas tõendid toetavad süüdistuse esitamist, vaatamata sellele, mida nad isiklikult tunnevad või arvavad. Tuleb olla teadlik, et kui politsei otsustab mitte protsessi jätkata, ei tähenda see, et ohvrit ei usuta. Politseil võib olla hulgaliselt põhjuseid, mis takistavad juhtumiga jätkamist, näiteks füüsiliste tõendite puudumine. Vaatamata sellele, et ohver end täielikult ja ausalt avab, võidakse kaebus jätta rahuldumata, kui tõendid ei ole kohtu jaoks piisavad. Sellest

sõltumata on vaja alati toetada ohvri soovi politseisse pöörduda ja seda kahel põhjusel: 1) seksuaalkurjategijad on sageli retsidiivsed, isegi kui sel korral ei õnnestu kurjategijat leida, võidakse ta tabada edaspidi ja süüdi mõista tagantjärele 2) ohvrile võib olla kergendav politseisse avalduse tegemine.

IV Psühholoogiline kriisinõustamine

Kriisisekkumine tähendab toetuse ja abi pakkumist, kus nõustaja on osavõtlik kliendi tunnete väljendamise suhtes ja on emotsionaalselt keskendunud. Oluline on aidata ohvril leida üles enda tugevused ja paranemist soodustavad toimetulekumehhanismid ning nende kasutamist toetada. Kriisinõustamine ei ole teraapia. Nõustaja kaasabil saab planeerida edasisi samme ja korrigeerida väärarusaamu (näiteks enesesüüdistamine) seoses seksuaalvägivallaga (see hõlmab ka psühhoedukatsiooni). Nii lühi- kui pikaajaliste plaanide tegemisel tuleb lähtuda ohvri vajadustest ja otsustest.

Nõustaja kasutab aktiivse (vajadusel ka passiivse) kuulamise tehnikaid ja peegeldamist, rääkides toetava hääletooniga, vältides kiirustavat kõnelemist ning väljendades ka oma kehahoiakuga emotsionaalset kohalolu ja tähelepanu. Kliendi enda mõjuvõimu olemasolu rõhutamine hõlbustab ohvril taastada kontrollitunnet oma elu üle, kuid tuleb olla teadlik, et inimene, kes on akuutses kriisis, et pruugi veel olla koheselt võimeline selgelt mõtlema ja otsuseid tegema.

Enamik seksuaalvägivalla ohvreid kogevad märkimisväärset psüühilist traumat, sõltumata sellest:

- kas ohver ja teo toimepanija olid omavahel tuttavad või võõrad
- kas oli tegemist alkoholi või narkootikumide tarvitamisega enne rünnakut
- kas füüsilisi kehavigastusi tekitati vägivalla käigus või mitte
- kas rünnak viidi lõpule või oli see rünnaku katse

Psüühilise trauma kogemise põhiolemus seisneb mõjuvõimu, kontrollitunde kadumises ja eemalejätuse tundes. Kontrollitunde kadumine viitab tunde, et on vähenenud kontroll ja mõjuvõim oma elu üle. Eemalejätetus tähendab teistest erinemise või võõrandumise tunnet. Seega on kriisinõustamise eesmärk aidata kliendil taastada kontrollitunne ja vähendada võõrandumistunnet, sh kindlustada olulisi suhteid.

Kliendi kontrollitunde taastamine

Klient ise saab olla oma taastumise eest vastutav ja otsustaja. Teised võivad pakkuda nõuandeid, nõustamist, toetust, abi, hoolitsemist ja hoolimist, kuid paranemisprotsessi eest vastutab eelkõige ohver ise. Paljud heakavatsuslikud katsed ohvri abistamisel ebaõnnestuvad, kuna kannatanult võetakse ära võimalus tunda mõjuvõimu ja kontrollitunnet.

Kontrollitunde taastamiseks on kasutusel valideerimine ja stabiliseerimine.

- Valideerimisel nõustaja näitab muret kliendi heaolu pärast, näitab üles empaatiat kliendi kogemuse ja selle tagajärgede osas, pakub sisukat emotsionaalset toetust ja jagab kasulikku informatsiooni. Valideerimine, läbi selle, et tunnustada kliendi väärtusi ja õigusi, aktsepteerida tema tundeid, rõhutada tema tugevusi ja julgust ning kinnitada tema paranemisvõimet, aitab taastada kliendi eneseväärikust ja võimutunnet. Valideerimistehnika on tavaliselt kuulamine, mille käigus kliendile kinnitatakse, et teda usutakse, ja kinnitamine, et oma kogemusest rääkimine nõustajale on turvaline. Valideerimistehnikad toetavad kliendi tugevuste ja ressursside leidmist ning pakuvad võimaluse emotsionaalseks eneseväljenduseks.
- Stabiliseerimisel on kaks eesmärki. Esimene on tagada kliendi turvalisus olukordades, kus ta võib olla suitsidaalne, vajada kohest meditsiinilist abi või on otseses ohus rünnaku kordumise ees. Teine on aidata kliendil toime tulla oma emotsioonidega nii, et ta poleks neist ülekoormatud ja võimetu funktsioneerima. Kui nõustaja kohtub rünnaku ohvriga vahetult peale juhtunut, siis võivad emotsioonid olla äärmuslikult intensiivsed. Ohvrid võivad olla võimetud arutama nendega juhtunut ilma, et ei tekiks emotsionaalset ülekoormust. Sellises olukorras on vaja kriisisekkumisena kliendi emotsioone stabiliseerida. See tähendab emotsionaalse häirituse alandamist, tugevdades kontakti „siin ja praegu“ olemise läbi ning võimaldades kliendi kontrollitunde taastumist. Kliendil tuleb aidata rahuneda ja taastada oma võime keskenduda esimestele sammudele enese abistamise ja paranemise osas. Suur roll on hea nõustamissuhte loomine.

Võõrandumistunde vähendamine

Nõustamise käigus soodustatakse selliste suhete loomist, mis aitaksid kliendil vähendada võõrandumistunnet. Kuigi valideerimine ja stabiliseerimine aitavad sellele protsessile kaasa, siis ka nõustaja omadused, nagu usaldatavus ja aktsepteerimine, on olulised kliendi usaldustunde taastumiseks. Nõustamissuhtest oleneb ka see, kas klient jätkab nõustamist. Sageli kogeb ohver hirmu ja teisi tugevaid tundeid oma kogemusest rääkides, ning rääkimine nõustajaga on samal ajal nii kasulik kui ebameeldiv. See suurendab tõenäosust, et kliendil on väga raske tulevikus uuesti nõustamisele tulla. Klienti on rünnaku käigus tahtlikult teise inimese poolt kahjustatud ja seetõttu võib ta olla tõrges kellegi usaldamisel. Mõned kliendid on eriti tundlikud nõustaja reageeringutele. Kui valideerimisprotsess läks edukalt, siis aitab see takistustest üle saada ja luua positiivse suhte. Ka nõustaja teadmised SVVst ja selle tagajärgedest on selles abiks. Eemaldumistunde vähendamine puudutab suhteid ka teiste inimestega. See hõlmab nii eneseavamist, aga ka suhtlemist teistega, kellel on sarnane kogemus. Siia alla kuulub nii juriidiline, hariduslik kui poliitiline tegevus, et ennetada teiste ohvriks sattumist.

V Jätkukohtumiste sisu ja teemad

Järgnevalt on toodud välja valdkonnad, mida nõustaja saab käsitleda jätkukohtumistel kliendiga, kui akuutne kriis on möödumas.

1. Toimetuleku soodustamine ja psühhoedukatsioon

2. Seksuaalvägivallaga seotud uskumused
3. Kliendipoolne eneseavamine
4. Psühhoteraapia vajaduse hindamine
5. Kohtumise kokkuvõte ja järgmise kohtumise kokkuleppimine

Sõltumata sellest, milliseid teemasid käsitletakse või mis etapis nõustamine parasjagu on, jääb keskseks kliendile toetuse pakkumine läbi aktsepteeriva ja mittehinnangulise hoiaku ning kliendi vajaduste kindlaks tegemine nii aktiivse kui passiivse kuulamise kaudu. Iga nõustamiseseansi lõpus on vajalik teha kokkuvõtte kohtumisest, võimalusel pakkuda kliendile käsitletud teemadega haakuvat kirjalikku materjali ja leppida kokku järgmine kohtumine.

1. Toimetuleku soodustamine ja psühhoedukatsioon

Selles etapis on oluline klienti harida, et ohver tunneks ära ja mõistaks enamlevinud reaktsioone peale seksuaalvägivalla kogemist ning nõustada klienti toimetuleku parandamiseks. Vajadusel tuleb klienti julgustada kasutamaks erinevaid nõustamisteenuseid (näiteks juriidiline või sotsiaalne). Kliendile info pakkumine aitab normaliseerida tekkinud reaktsioone ja suurendada teadlikkust erinevatest toimetuleku võimalustest. Kuigi infot tuleb pakkuda ka esmasel kohtumisel, tuleb silmas pidada, et akuutse kriisi faasis võib kliendil olla raskusi keskendumise ja meelespidamisega. Seega oleks hea jätkukohumistel põhjalikumalt keskenduda info pakumisele ja psühhoarimisele.

Nõustaja eesmärk on aidata kliendil teha praktilisi samme, et parandada kliendi võimekust tulemaks toime rünnakuga seotud probleemidega. See tähendab muuseas ka ärevusega toimetulemise oskusi.

Tegevused psühhoedukatsiooni ja toimetuleku soodustamise raames:

- a) Hinnata lühidalt tekkinud traumareaktsioone
- b) Normaliseerida reaktsioone ja selgitada traumasid vallandavaid tegureid
- c) Kindlaks teha kliendi taastumiseks sobivad oskused
- d) Arutleda positiivsete ja negatiivsete toimetulekustrateegiate üle
- e) Negatiivsed toimetulekustrateegiad
- f) Positiivsed toimetulekustrateegiad

- a) Hinnata lühidalt tekkinud traumareaktsioone

Seda saab teha nii informaaalselt kui formaalselt. Esimesel juhul palutakse ohvril vabas vormis kirjeldada, kuidas ta on end tundnud peale eelmist kohtumist. Formaalse hindamise puhul vaadeldakse enamlevinud probleemide olemasolu, selleks võib kasutada allpool toodud küsimustikku (Lisa 2). Mõnikord aitab struktureeritud hindamine juhtida kliendi tähelepanu sellele, et traumareaktsioone mitte valesti mõista. Eesmärk on aidata kliendil aru saada, et tema reaktsioonid klassifitseeruvad tavapärasteks traumajärgseteks reaktsioonideks. Ei maksa karta, et nende probleemide ja reaktsioonide arutamine pole kliendile jõukohane või tekitab sümptomeid juurde. Enamik kliente pigem hindavad seda, kui neil tekib võimalus iseendaga toimuvat paremini mõista ja olla teadlikud võimalikest tekkivatest reaktsioonidest.

b) Normaliseerida reaktsioone ja selgitada traumat vallandavaid tegureid

Kliendile võib selgitada, et ta pole üksi, vaid seksuaalrännakut kogenud inimesi on kahjuks päris palju ning teatud osa ohvritest kogeavad trauma järgselt erinevaid reaktsioone. Kui on selgitatud välja kliendil tekkinud reaktsioonid, võib pakkuda normaliseerivat infot kliendi jaoks enim häirivate reaktsioonide kohta. On oluline tuua välja, et suurem osa tekkinud reaktsioonidest taanduvad aja jooksul. See aitab sisendada kliendile lootust tuleviku suhtes. Kui plaanis on ka jätkukohtumised, siis oleks hea määratleda nõ baastase, kus klient parasjagu asub, et aja möödudes oleks võimalik millegagi võrrelda kliendi paranemist ja sümptomite vähenemist. Kui kliendil ilmnevad reaktsioonid, mis pole ootuspärased (näiteks psühhootilised sümptomid) või on kliendi jaoks talumatult koormavad, peab kaaluma kliendi suunamist psühhiaatri vastuvõtule.

Seksuaalvägivalla järgselt tekkivad probleemid võib jagada kahte kategooriasse, mis võivad esineda samaaegselt või vahelduda aja jooksul. Esimene kategooria on pealetükkivad reaktsioonid, mis on ohvri jaoks väga intensiivsed ja raskesti ignoreeritavad. Näiteks õudusunenäod, rünnakuga seotud sagedased mõtted, mitmed füüsilised sümptomid (kiirenenud pulss sündmusele mõeldes, unehäired, keskendumisraskused jm). Teine kategooria on vältimisreaktsioonid, näiteks traumat meenutavate stiimulite aktiivne vältimine, depressioon, üldine tuimus, tuntakse eraldatust teistest inimestest ja ümbrusest. Tekkivad reaktsioonid on ohvri jaoks raskesti kontrollitavad. Reaktsioonide selgitamisel ja normaliseerimisel on kasulik kliendile selgitada, et ärevus ja distress on sageli vallandatud mingite traumat meenutavate stiimulite poolt. Nendeks vallandajateks võivad olla: kellegi pilk; mõni heli või hää; vihane või kontrolliv hääletoon; lõhn; kellegi sarnanemine ründajaga; mingi paik või koht, mis meenutab rünnakupaika; füüsilised aistingud (südamepekslemine, valu, kellegi füüsiline puudutus); seksuaalse sisuga naljad; isiklike küsimuste küsimine jpm.

Mõnikord on vallandavad tegurid selgelt seotud vägivallakogemusega, mõnikord aga ei pruugi ilmnedu selget seost reaktsiooni ja trauma vallandaja vahel. Mõnikord toimub reageerimine väga kiirelt ja vallandaja jääb märkamatuks, ilma, et inimene ise aru saaks seosest minevikusündmusega. Vallandavateks teguriteks võivad olla ka positiivsed asjaolud – lapse sünd või lähedase paarisuhte loomine.

Võib osutada oluliseks rõhutada, et traumast taastumine on aeganõudev, samm-sammuline protsess, mis ei juhtu koheselt. Paranemine ei tähenda sündmuse unustamist, vaid sellega toime tulemist. Paranemise käigus õpib klient paremini juhtima traumaga seotud emotsioone, tekkivad reaktsioonid jäävad harvemaks ja ei ole enam nii intensiivsed ning klient saavutab usu enda võimesse toime tulla.

c) Kindlaks teha kliendi taastumiseks sobivad oskused

Klienti tuleb teavitada, et on olemas teatud omandatavad oskused, mis aitavad traumast taastuda. Oskuste hulka kuuluvad: psühhoedukatsioon (trauma, toimetuleku ja taastumisega seotud teabe omandamine); traumaga seotud uskumuste läbitöötamine; eneseavamine.

- Psühhoedukatsioon: võimalikult palju anda kliendile teavet seksuaalvägivalla mõjude ja taastumise kohta. Lisaks hõlmab see positiivsete toimetulekumehhanismide omandamist ja

negatiivsetest toimetulekumehhanismidest hoidumist, mis teevad probleemi veel keerulisemaks (näiteks ainete kuritarvitamine). Õpitakse kasutama tehnikaid, mis aitavad ärevuse ja pingega toime tulla (näiteks lõdvestus-, hingamistehnikad ja tähelepanu suunamise harjutused).

- SVVga seotud uskumuste läbitöötamine: õpitakse ära tundma ja korrigeerima häirivad uskumusi ja hoiakuid. Eriti tõhus võib see olla toimetulekul häbi ja süütundega. Neid tehnikaid rakendatakse kognitiivses teraapias.
- Enese avamine: õpitakse rääkima traumakogemusest ja selle isiklikust mõjust. See on seotud ka eksponeerimistehnikatega, kus korduvalt käsitletakse traumakogemust terapeudi suunamisel.

d) Arutleda positiivsete ja negatiivsete toimetulekustrateegiate üle

Uurida kliendilt, kuidas ta on püüdnud toime tulla rünnakuga seotud probleemide ning ärevuse ja pingega. Oluline on välja selgitada, kas need toimetulekuviisid on olnud positiivsed (mis soodustavad taastumist) või negatiivsed (mis takistavad paranemist või põhjustavad lisaprobleeme). Kindlasti tuleb tähelepanu juhtida kliendi enda tugevustele ja ressurssidele.

Võib olla kasulik vaadata üle lühike loetelu positiivsetest ja negatiivsetest toimetulekuviisidest. Positiivsed toimetulekuviisid on sellised, mis aitavad vähendada ärevust ja teisi häirivaid reaktsioone ja parandada olukorda selliselt, et ohvrit kuidagi ei kahjustaks ning on kasulikud ka pikemas perspektiivis. Toimetulekuviisid, mis on tõenäoliselt kasulikud: lõõgastumismeetodid (lihaskõõlvestus, hingamistehnikad, meditatsioon); mõõdukas füüsiline koormus; kellegagi vestlemine toetuse saamiseks; aktiivtegevused (aktiivne puhkus, tööalane tegutsemine, söögivalmistamine, aiandus, jalutamine jpm.); tugigrupis osalemine. Negatiivsed toimetulekuviisid hoiavad probleemi alal. Need viisid võivad ärevust küll hetkeliselt alandada, kuid võivad hiljem lisaprobleeme tekitada ning hiljem on neid mustreid keeruline muuta. Negatiivsete viiside alla kuuluvad: alkoholi või sõltuvusainete tarvitamine; sotsiaalne eemaldumine; traumaga seotud asjaoludest mitterääkimine, mittemõtlemine või nõustamise vältimine (aitab küll vältida distressi, kuid takistab toimetulekut traumaga ja selle tagajärgedega); emotsioonide allasurumine; viha ja vägivald; ülemäärane söömine või söömise vältimine; ennastkahjustav käitumine (näiteks enesevigastamine või suitsiidkatse).

Kui kliendiga arutletakse toimetulekuviiside üle, peaks olema eesmärk aidata kliendil kaaluda võimalusi ja teha tal endal otsuseid, ilma hukkamõistu ja süüdistusteta. Nõustaja saab väljendada omapoolset toetust positiivsete toimetulekustrateegiate leidmisel.

e) Negatiivsed toimetulekustrateegiad

Need toimetulekuviisid aitavad probleemil kinnistuda. Nad võivad distressi küll ajutiselt vähendada, kuid hoiavad alal pikemas perspektiivis. Sellised tegevused, mis pakuvad ajutist kergendust, aga hiljem osutuvad problemaatiliseks, võivad tekitada sõltuvust, näiteks suitsetamine ja ainete kuritarvitamine.

- Alkoholi või narkootikumide tarvitamine

Ainete tarvitamine võib aidata mälestusi tuhmistada, suurendada sotsiaalset enesekindlust või soodustada uinumist. Kuid rohkem kui kasu, tekib sellest probleeme – kahjustab otsustusvõimet ja vaimset võimekust, põhjustades probleeme suhetes pere ja sõpradega ning mõnikord võib suurendada ka uue rünnaku tõenäosust.

- Ennastkahjustav käitumine (lõikumine, põletuste tekitamine)

Sellist käitumist võidakse mõnikord tõlgendada manipuleeriva käitumisena. Tegelikult võib seda näha kui kannatust, mis tuleneb iseendast ja oma kehast eraldunud olemise tunde tõttu. Sihilikult endale haiget tegemine võib tunduda parem võimalus, kui üldse mitte midagi tunda.

- Sotsiaalne eemaldumine

Vähendades kontakti välismaailmaga, võib ohver küll suuta vältida mitmeid reaktsioonide vallandajad, kuid isolatsioon tekitab tegelikult probleeme. Eemaldumise tagajärjel väheneb sotsiaalne toetus, halvenevad sõprus- ja lähedussuhted. See aga tekitab omakorda depressiooni ja hirmu. Sotsiaalsetest tegevustest eemale hoidmine võtab ära võimalused kogeda positiivseid emotsioone ja tunda saavutuste üle rõõmu.

- Viha

Nagu isolatsioon, aitab ka viha hoida eemale mitmetest traumareaktsioonide vallandajatest. Kuid samuti takistab see positiivsete suhete ning toetuse tekkimist ja soodustab eemaldumist olulistest inimestest. Viha võib viia ka tööalaste, paarisuhte või teiste suhtealaste probleemideni.

- Vältimiskäitumine

Jagada kliendile infot, et mitmed seksuaalvägivallaga seotud uuringud näitavad, et liigne traumaga seotud mälestuste ja olukordade vältimine võib viia PTSH tekkimiseni. Kindlasti tuleb selgitada, et kahjulik on liigne vältimine, mis tähendab pidevalt peaaegu kõigi traumaga seotud mõtete ja tunnete ning situatsioonide vältimist. Mõningane vältimine ei ole probleem, nii kaua kui ta regulaarselt oma probleemiga tegeleb ja ei piira oma elustiili äärmuslikul viisil (jäädes töölt koju või ei lähe kodust pikka aega välja). Tavapärase elurutiiniga jätkamine aitab tegelikult taastada kliendi turvatunnet. Võib ka täpsustada, et juhtunust ja selle tagajärgedest mitterääkimine (lähedasele sõbrale, pereliikmetele, nõustajale) on üks tavalisemaid vältimise viise. Kliendile saab tutvustada, et vältimise vähendamiseks võib teha järgnevat: püüda rohkem kodust väljas käia (vajadusel mõne lähedase abiga); sihilikult rääkida mõningatest vähem häirivatest aspektidest, mis on läbielatud seotud; kavatselt jätkata varasemate rollide täitmist (töö- ja pereelu); teadlikult mitte vältida kohti või olukordi, mis on ohutud, kuid meenutavad vägivalda; rääkida nõustajaga oma kogemusest; leppida, et esile võib kerkida erinevaid tundeid, kuid nendega on võimalik õppida toime tulema.

- f) Positiivsed toimetuleku meetodid

Selleks, et tulla toime seksuaalvägivalla järgselt tekkinud reaktsioonidega, on vajalik omandada teatud oskused – märgata, kui reaktsioonid tekivad, mõista, mis on juhtunud ning ja proovida uuel moel reageerida. Esimene samm on saada teadlikuks „käivitajatest“, mis vallandavad reaktsioone. Kui teatakse, mis reaktsioone esile kutsub, saadakse end paremini

tundma õppida (ja mõista, et ta pole „hulluks“ läinud) ning seejärel on lihtsam valmistuda nendega toime tulemiseks.

Ohvril on vaja mõista aktiivse ja positiivse ning negatiivse toimetuleku erinevust. Kui klient võtab suuna tulemaks toime vägivallega seotud probleemidega, tekib tal suurem kontrollitunne – tal on mõjujõud ning kontroll iseenda ja oma elu üle. Aktiivne toimetulek tähendab seksuaalvägivalla mõjude teadvustamist ning aktsepteerimist, seejuures tegeledes asjade paremaks muutmisega. Positiivsed strateegiad aitavad vähendada ärevust ja teisi häirivaid reaktsioone ning parandada olukorda nii, et see ei kahjusta enam ohvrit ei antud hetkel ega tulevikus.

- Rääkida kellegagi toetuse saamiseks

Sageli toob kogemusest ja mälestustest rääkimine kliendi jaoks kaasa mõne kasuteguri. Need ei pruugi ilmnedagi kohe peale ühte vestlust, vaid selleks kulub veidi rohkem aega.

- Lõdvestumistehnikad

Rakendada võib lihaslõdvestust, hingamisharjutusi, meditatsioone, kuuma vanni, venitusi, võimlemist, joogat ja muud, mis kliendile sobib ning võiks lõdvestumisele kaasa aidata. Ka kujutlusharjutused (näiteks enda turvapaika kujutlemine) võib ohvrile abiks olla. Kuigi lõdvestumistehnikad võivad kasulikud olla, võivad need mõnikord ka distressi suurendada, kui keskendutakse häirivatele füüsilistele aistingutele ja vähendatakse kontakti väliskeskkonnaga. Kehaline lõõgastus võib osutada ka trauma päästikuks. Seetõttu tuleb seda ka kliendiga arutada. Vt allpool näidet hingamisharjutuse (Lisa 3) ja lihaslõdvestuse (Lisa 4) kohta.

- Mõõdukas füüsiline treening

Jalutuskäigud, jooksmine, ujumine ja muu treening võib vähendada füüsilist ning vaimset pinget ja aidata kaasa taastumisele.

- Positiivsed tähelepanu kõrvalejuhtivad tegevused

Positiivne aktiivne puhkus või tööalane tegevus aitavad inimesel eemalduda tema mälestustest ja reaktsioonidest. Sel moel on võimalik parandada meeleolu ja uuesti elu „üles ehitada“. Sageli on kasulik teadlikult jätkata tegevusi, mis varem rõõmu pakkusid. Oluline on teada, et tähelepanu kõrvale viimine üksinda tõenäoliselt taastumist ei soodusta, samaaegne aktiivne toimetulek trauma ja selle tagajärgedega on samuti oluline.

- Osalemine tugigrupis

See võib vähendada eraldustunnet, aidata taastada usaldust teiste vastu, võimaldab üheskoos õppimist ja vastastikust toetust ning inimestel on võimalus üksteisega jagada toimetulekuviise ja edusamme.

- Päevikupidamine

Päevikupidamine võimaldab kliendil paremini oma kogemust mõista. Võib ka juhtuda, et see hoopis suurendab distressi, kui keskendutakse rohkem oma mälestustele ja emotsionaalsele valule.

- Positiivne sisekõne

Iseendaga rääkimine stressoriga silmitsi seistes aitab kliendil end stressiga toimetulekuks ette valmistada, sellele vastu astuda ja toime tulla. Seda võib rakendada nii seksuaalrännakuga seotud kui ka mitteseotud stressifaktorite puhul. Vt allpool näidet positiivse sisekõne kohta (Lisa 5).

- Helistamine nõuande- või usaldustelefonile

Klient peaks olema teadlik, kuhu ta vajaduse korral helistada saab. Seda infot saab talle pakkuda nõustaja, kes on end kurssi viinud olemasolevate võimalustega.

2. Kliendipoolne eneseavamine

Sageli arvatakse, et sündmusest rääkimist peaks vältima, kuna see võib klienti retraumatiseerida. Tegelikult aga on leitud, et see võib ka paranemisele ja PTSH sümptomite ennetamisele kaasa aidata. Loomulikult on see protsess kliendi kontrollida, kas, kellele, mida ja millal ta räägib. Eneseavamise esimese sammu võib teha ka kirjalikult. See võiks olla pigem kirja, kui essee vormis. Eneseavamist võib alustada kogemuse rekonstrueerimisega põhinedes esialgu vaid faktilisele infole ja alles seejärel hakata lisama ohvri reaktsioone ning emotsioone. See ei pea olema hiljem kellelegi lugemiseks.

Mõned ohvritest soovivad rääkida juhtunust, kui mõnede jaoks võib liiga vara või ebasobival ajal toimuv ümberjutustamine tuua kaasa retraumatiseerimise ja seega haavatavuse suurenemise. Terapeudi reageeringud kliendi paljastustele, eriti neile, mis on häbiväärsed või teisel moel murettekitavad, mõjutavad tõenäoliselt protsessi terapeutilist edukust. Kliinitsist peab olema empaatiline, teraapiaprotsessi aktiivselt kaasatud ja hooliv ning väljendama sügavat osavõtlikkust, kaastundlikkust kliendi kõige raskemate ja valusamate kogemuste osas. Samal ajal peab terapeut säilitama eksimatu professionaalse käitumise, mis tähendab muu hulgas ka selgeid piire, et leevendada võimalikke negatiivseid eneseavamise tagajärgi. Kuigi mõnikord soovitatakse terapeutil, kes on ise sattunud SVV ohvriks, oma kogemust jagada sarnase kogemusega kliendiga, hõlbustamaks empaatilise sideme tekkimist, peaks terapeudid tegelikult ettevaatlikud olema isikliku info jagamisega klientidele.

Eesmärk on selgitada kliendile eneseavamise seost taastumisprotsessiga; aidata juhtunut integreerida kliendi ellu. See võib eriti oluline olla klientidele, kellel esinevad pealetükkivad reaktsioonid, näiteks õudusunenäos või soovimatud mälestused, või ka traumamälestuste ja traumat meenutavate stiimulite vältimine. Kliendi eneseavamine on seotud tugevalt tema uskumuste ja hoiakutega. Nõustajal tuleb endale seda teadvustada ja arvestada ka kultuurilise ja muu taustaga, kuna viimased võivad suurt rolli mängida.

Sotsiaalsed reageeringud seksuaalvägivalla ohvrite eneseavamisele võivad olla positiivsed või negatiivsed. Negatiivsed reageeringud on süüdistamine (nagu ohver poleks olnud piisavalt ettevaatlik või käitus ise vastutustundetult), teistmoodi kohtlemine (näiteks endast eemaletõukamine), kontrolliv käitumine (näiteks ohvri eest valikute tegemine), vajaliku tähelepanuta jätmine (ütlemine ohvrile, et ta peaks eluga edasi minema). Positiivsed reageeringud on ohvri uskumine (seoses juhtunuga), reaalne abi/info pakkumine (näiteks aidatakse leida meditsiinilist abi), emotsionaalne toetus (lohutamine), kuulamine/rääkima

julgustamine (tunnete kuulamine). Negatiivsed sotsiaalsed reaktsioonid on tugevalt seotud suurenenud psühholoogiliste sümptomitega ning kehvena paranemisega.

Teemad kliendipoolse eneseavamise käsitlemisel:

- a) Uurida ohvri kogemusi seoses eneseavamisega
- b) Pakkuda kliendile teavet eneseavamise olulisuse kohta
- c) Leida sotsiaalse toetuse allikaid
- d) Eneseavamise eelised ja puudused

- a) Uurida ohvri kogemusi seoses eneseavamisega

Eesmärk on saada infot, kas ja millised on kliendi kogemused eneseavamisel seoses seksuaalvägivalla kogemusega. Selleks võib kasutada küsimusi: „Oled sa mõelnud kellelegi rääkida endaga juhtunust?“, „Kas sa oled kellelegi juba rääkinud?“, „Mida sa talle ütlesid?“, „Kuidas sellest rääkimine oli sinu jaoks?“, „Kellele sa (veel) tahaksid rääkida?“, „Mis takistab sind jagamast seda kogemust temaga (nimi)?“. Oluline on, et küsimustega klienti üle ei koormataks. See võib tekitada ohvris tunde, et teda rünnatakse. Küsida tuleb üks küsimus korraga ning vältida liiga suurt hulka küsimusi lühikese ajaperioodi jooksul.

Eneseavamist võivad takistada mitmed põhjused, mis on seotud kliendi arvamustega järgnevatel valdkondades:

- Sotsiaalne eemalelukkamine („Teised hakkavad minust halvasti mõtlema“, „Mind naeruvääristatakse“, „Ma ei meeldi siis enam oma sõpradele“)
- Hirm kaotada emotsionaalset kontrolli („See hirmutaks mind liialt“, „Ma muutuksin liiga vihaseks“, „See muudaks mind liiga kurvaks“)
- Mure teiste pärast („Teised ei tule selle teadmisega toime“, „Ma pean hakkama teisi lohutama“, „Teistel on seda liiga raske kuulda“)
- Usaldusisiku puudumine („Mul pole kedagi, kellele rääkida“, „Keegi ei vääri tõde“, „Ma ei taha kellegagi nii lähedaseks saada“)

- b) Pakkuda kliendile teavet eneseavamise olulisuse kohta

Jagada kliendile teavet, et ohvrite eneseavamisel, kas kirjalikult või verbaalselt, on leitud olevat kasutegureid nii psüühilisele kui füüsilisele tervisele. On leitud, et eneseavamine vähendab ka rumineerimist. Kui klient aktiivselt väldib traumaga seotud mõtteid ja tundeid, võivad tagajärjeks olla ülemäärane rumineerimine ja halvenenud füüsiline tervis. Mõtete ja tunnete allasurumine võib ootamatult anda vastupidise efekti – mida tugevamalt ohver pingutab, et juhtunule mitte mõelda, seda suurema tõenäosusega tekivad taaskogemised, pealetükkivad mõtted ja hirmuunenäod. Siin võib tuua ka klassikalise näite roosast elevandist – kui paluda kliendil mitte mõelda roosale elevandile, siis seda rohkem ta sellele tegelikult mõtleb. Siinkohal peab olema teadlik, et eneseavamise kasutegurid põhinevad eeldusel, et klient avab end inimesele, kes on toetavalt ja erapooletult valmis kuulama inimese lugu ning ei anna eeldatavalt hinnanguid. Seega võib tekkida vajadus, et nõustaja vaataks koos kliendiga läbi, milliseid aspekte juhtunust saab teistega jagada. Mõne inimesega saab jagada vaid üldiseid aspekte (näiteks sümptomid, ebamugavus sündmust meenutavates olukordades,

mure tuleviku ära), kuid mõne teisega on ehk võimalik ka isiklikumaid ja emotsionaalsemaid detaile jagada. Kliendil on alati võimalik valida, kellele ja kui palju ta räägib – see toetab ka kliendi võimutunnet olukorra üle. Selleks, et eneseavamisest oleks võimalikult suur kasutegur, peaks see lisaks faktilisele infole sisaldama ka kliendi emotsionaalseid reaktsioone ja traumaga seotud uskumusi.

c) Leida sotsiaalse toetuse allikaid

Kuigi ohvri lähedased on sageli abivalmid, ei saa alati eeldada, et kliendi partner, pere või sõbrad oleksid toetavad peale seksuaalvägivalla. Mõnikord võib juhtuda, et pereliikmed on tugevalt häiritud, süüdistavad ohvrit või eemalduvad emotsionaalselt. Loomulikult klient ise otsustab, kellele ta juhtunust räägib ja kellelt abi palub. Klient ise saab öelda, kes lähedastest saab pakkuda erinevat tüüpi abi. Nõustaja saab aidata kaaluda, millised sõbrad või pereliikmed saaksid suurendada kliendi turvatunnet, pakkuda emotsionaalset toetust ja osutada praktilist abi.

Küsimused, mis võivad abiks olla: „Kas sul on sõpru või pereliikmeid, kellega sa saaksid rääkida?“, „Kuidas su partner olukorrale reageeris?“, „Kuidas on teised olulised lähedased reageerinud – vanemad, õed-vennad, täiskasvanud lapsed?“, „Kui sageli sa kohtud või räägid inimestega, kes on sinu suhtes abivalmis?“.

Lisaks sõpradele ja perele on ka teisi potentsiaalseid abisaamise allikaid, näiteks arstid, nõustajad, tugiisikud, sotsiaaltöötajad. Mõnikord ka tööandja võib olla toetav, võimaldades olla vajadusel mõnda aega töölt eemal või teha töökorralduses ajutisi muudatusi.

d) Eneseavamise eelised ja puudused

Võib olla kasulik vaadata läbi eneseavamise eelised ja puudused, et klient kaaluks hoolikalt, kellega ta juhtunut jagab. Kliendil tuleb paluda tuua välja enda arvates võimalikud kasu- ja kahjutegurid, mis võivad eneseavamisega kaasneda.

- Võimalikud kasutegurid kliendi jaoks: saab raskuse „enda seest välja“, vabaneb saladustest, kuuleb teiste reaktsioone, tunneb end vähem üksi, saab toimetulekuks ideid, tunneb olevat mõistetud, tunneb end hirme ületades hästi, tunneb end teiste poolt aktsepteerituna, muudab mõningaid enda hoiakuid, tunneb end paranemise jaoks tegutsevat, võimalik enesetunde paranemine.
- Võimalikud kahjutegurid kliendi jaoks: tunneb end veel rohkem häirituna, saab kellegi poolt halva reaktsiooni osaliseks, teised hakkavad liigselt nõu andma, teised saavad isiklikest asjadest teada, tunneb end olevat mittemõistetud, inimesed arvavad teda olevat hulluks läinud, muudab mõningaid enda hoiakuid, tunneb end teiste poolt äratõugatuna.

3. Seksuaalvägivallaga seotud uskumused

Eesmärk on aidata ohvril ära tunda ja vaidlustada distressi tekitavaid veendumusi. Sageli tuleb ette enese süüdistamist ning teisi negatiivseid uskumusi, sh mõtted, mis on seotud teiste inimeste ohtlikkusega; arvamus, et ei suudeta sümptomitega toime tulla või kaitsta end tulevikus kahju saamise eest; uskumused SVV põhjuste kohta (väärarusaamad). Need hoiakud ja uskumused võivad mõjutada PTSH, ärevuse ja depressiooni kulgemist. Klienti tuleb aidata

mõtlemata alternatiivsel moel, et vähendada distressi ja aidata kaasa taastumisprotsessile. Siinkohal on väga oluline, et ohver ei tunneks end süüdistatuna negatiivsete mõtete pärast. Negatiivsete uskumuste olemasolu ei viita kliendi rumalusele ega irratsionaalsusele või paranemise ebaõnnestumisele. Tuleb aru saada, et seesuguste mõtete vaidlustamine või muutmine pole sugugi lihtne. Need uskumused näivad kliendile pigem faktid, mitte nende endi tõlgendused. On oluline, et kliendil lastaks selgitada põhjuseid, miks ta tunneb end süüdi ja mida ta enda arvates oleks pidanud teisiti tegema. Läbi mõistmise on suurem tõenäosus aidata kliendil õppida teismoodi mõtlema.

Teemad seksuaalvägivallaga seotud uskumuste käsitlemisel:

- a) Uskumuste, distressi ja paranemise vaheliste seoste selgitamine kliendile
- b) Negatiivsete traumaga seotud uskumuste kindlakstegemine
- c) Alternatiivsete uskumuste soodustamine

- a) Uskumuste, distressi ja paranemise vaheliste seoste selgitamine kliendile

Selgitamine, et seksuaalvägivalla ohvrid püüavad oma kogemust kuidagi mõtestada, anda tõlgendusi ja hinnanguid. Mõnikord need mõtestamised, tõlgendused ja hinnangud on negatiivsed ja distressi tekitavad. Võib tuua ka selle kohta näiteid.

Uskumused vägivalla järgselt tekkivate reaktsioonide kohta: „Ma lähen hulluks“, „Midagi peab olema minuga valesti, et see kõik mind nii mõjutab“

Uskumused käitumise kohta enne rünnakut, selle ajal ja peale seda: „Ma oleksin pidanud vastu võitlema“, „Ma ise kutsusin selle rünnaku mingil moel esile“, „Ma ise põhjustasin rünnaku tekkimise“

Uskumused SVV kohta (nö müüdid): „Mehed vägistavad naised tulenevalt bioloogilisest tungist“, „Ainult teatud tüüpi naised vägistatakse“, „Enamik vägistamisi pannakse toime võõraste inimeste poolt“, „Tuttava poolt toime pandud rünnak pole nii tõsine, kui võõra poolt vägistamine“, „Vägistada ei saa mehi“

Uskumused isikliku võimu ja toimetulematuse kohta: „Olen abitu muutmaks olukorda paremaks“, „Ma ei suuda end kaitsta teiste inimeste eest“, „Ma ei suuda midagi õigesti teha“,

Uskumused reaktsioonidega toimetuleku kohta: „Parim, mida teha, on teeselda, et seda pole kunagi juhtunud ja minna eluga edasi“, „Teen õigesti, kui hoian teistest inimestest täielikult eemale“, „Alkohol aitab mul paremini toime tulla“, „Ma tunneks end paremini, kui saaksin ründajale kätte maksta“

Uskumused tuleviku kohta: „Mu elu on igaveseks rikutud“, „Keegi ei soovi enam minuga suhet“, „Elu on haiget saamine ja kannatamine“, „Elul ei ole enam mõtet“

- b) Negatiivsete traumaga seotud uskumuste kindlakstegemine

Lisaks sellele, et rääkida üldiselt uskumuste rollist, on oluline aidata kliendil kindlaks teha tema enda uskumused, mis temas distressi tekitavad. Abiks võivad olla küsimused: „Mida sa oled

mõelnud alates rünnakust?“, „Millised mõtted on sulle peale rünnakut muret tekitanud?“, „Mida sulle teised on SVV kohta öelnud?“.

Nõustaja saab aidata kliendil pöörata tähelepanu omaenda mõtetele ja aidata kindlaks teha neid mõtteid, mis võivad vajada vaidlustamist.

c) Alternatiivsete uskumuste soodustamine

Kliendil tuleb aidata leida alternatiive negatiivsetele distressi tekitavatele mõtetele. Mõned abistavad küsimused: „Millisel moel võiks veel/keegi teine sellest olukorrast mõelda?“, „Kuidas veel võiks näha olukorda, et see oleks vähem häiriv ja aitaks sul taastuda?“, „Mis toetab/tõendab sinu uskumust?“, „Kas su otsused põhinevad pigem tunnetel või faktidel?“

Aitamaks kliendil asjadele teisiti vaadata, tuleb selgitada, et mõtted ei ole sama, mis faktid. Need on hoopis hinnangud, tõlgendused, uskumused ja hoiakud. Kliendile võib abiks olla, kui ta saab aru, et vaatamata sellele, et tal on hulluksminemise tunne või usub end süüdi olevat, ei ole see kõik tõsi.

4. Psühhoteraapia vajaduse hindamine

Mõnel puhul osutub vajalikuks teraapiasse pöördumine. Kliendile tuleb selgitada, et psühhoteraapiast on sageli abi ohvritel, kellel tekib PTSH või muud seksuaalvägivallaga seotud probleemid. Pakkuda kliendile võimalust teraapiaks ja kliendi nõustumise korral korraldada talle terapeudiga kohtumine.

Asjaolud, mille puhul kaaluda teraapiat:

- Klient kogeb pikaajaliselt tõsist distressi SVV tagajärjel (paljud ohvrid kogevad kõrget distressi taset mõne nädala või mõne kuu jooksul peale rünnakut, kuid enamiku jaoks väheneb distress umbes kolme kuuga)
- Klient iga kord kogeb läbielatud rääkides väga tugevaid ja ülevoolavaid emotsioone
- Klient jätkuvalt väldib traumas meenutavaid asjaolusid
- Klient tahab oma mõtetest ja tunnetest rääkida, kuid pole seda võimeline tegema
- Kliendil on enesetapu või mõrva mõtted
- Klient tarbib alkoholi, narkootikume või ravimeid negatiivse toimetulekuviisina
- Kliendi igapäevane toimetulek on märkimisväärselt halvenenud
- Eelnevad traumad
- Varasem psühhopaatoloogia

5. Kohtumise kokkuvõtte ja järgmise kohtumise kokkuleppimine

Iga kohtumise lõpetuseks teha kokkuvõtte räägitust ja teha seda kliendile omases kõnekasutuses, tagamaks, et klient võimalikult hästi öeldut mõistaks. Küsida kliendilt tagasisidet, kuidas ta end kohtumisel tundis ja mis tema jaoks kõige kasulikumaks osutus. Võimalusel pakkuda kliendile kirjalikku materjali käsitletud teemade kohta. Materjal peaks hõlmama seksuaalvägivallaga seotud aspekte, mis aitavad läbielatud paremini toime tulla ja omandada toimetulekuoskusi. Hea oleks materjalid koos kliendiga järgmisel kohtumisel teemade kaupa läbi vaadata, et klient saaks vastused tekkinud küsimustele. Pakkuda kliendile võimalust kokku leppida järgmine kohtumine. Varuda aega, et tegeleda võimalike

takistustega, mis võivad esile kerkida järgneva kohtumise aja kokkuleppimisel. Võib ka juhtuda, et klient ei jõua kokkulepitud kohtumisele (näiteks soovist vältida ebameeldivatest tunnetest või mälestustest rääkimist) ning sellest tulenevalt võib nõustamissuhe katkeda. Seksuaalvägivalla ohvrid ise ei näita tavaliselt eriti initsiatiivi üles uue kohtumise kokkuleppimisel; see ei pruugi tähendada, et nad seda tegelikult ei soovi. Kui nõustaja valmisolek on olemas, siis võiks ta kliendile ise helistada või saata e-kiri ja tunda huvi kliendi olukorra vastu ning leppida kokku järgmine kohtumine.

Toetuse (sh ka sotsiaalsete probleemide lahendamine – töövõime, tervis, elukorraldus) ja nõustamise (sh individuaalne või perenõustamine, aga ka grupinõustamine või tugigrupid) jätkumine on enamasti paranemisprotsessi lahutamatu osa, mis võib vähendada hilisemaid PTSH reaktsioone. Sageli on ka jätkutoetuse puhul vajalik mitmete institutsioonide koostöö, et tagada traumast taastumine ning kliendi funktsioneerimisvõime.

VI Ohvri kahjustamise vältimine

Ei saa eeldada, et igasugune sekkumine on parem mittesekkmisest. Võib olla lähenemisi, millel on soovimatud sotsiaalsed või psühholoogilised tagajärjed. Abiandjad peavad olema veendunud, et nad ei kahjustaks ohvrit. Suurt rõhku tuleb siinkohal panna abistajate isiklike eelarvamuste, negatiivsete hoiakute ja hinnangulisuse vältimisele. Samuti võib nõustaja ebaprofessionaalsus või toimetulematus oma emotsioonidega viia ohvri kahjustamiseni.

Esineb kahte liiki viktimisatsiooni ehk ohvristumist:

1. primaarne ehk esmane viktimisatsioon — otsene sattumine kuriteo ohvriks ehk kriminaalmenetluse mõistes osutamine kannatanuks, kelle vastu kuritegu otseselt suunatud oli;
2. sekundaarne ehk teisene viktimisatsioon — kriminaalõigussüsteemis ohvrile alanduste, ebameeldivuste või muude tarbetute kannatuste või ebaotstarbekohaste ressursikulude põhjustamine või kaaskodanike pahatahtlik ja mõistmatu suhtumine kuriteoohvrisesse.

Teisest viktimisatsiooni ehk teisest ohvristumist on ka määratletud kui pärast traumat kannatanu kohtlemine teiste isikute, kogukonna või avaliku sektori institutsioonide poolt viisil, mis põhjustab uusi vaimseid või füüsilisi kannatusi. Teisene viktimisatsioon tuleneb suuresti asjaolust, et õigussüsteem on orienteeritud eelkõige kurjategijale ja ei ole kohandatud ega arvesta eriti ohvri vajaduste ja tunnetega. Kuid sageli on ühiskonna domineeriv suhtumine ohvritesse, eriti just seksuaalkuriteo (kõige sagedamini vägistamise) läbielanutesse, halvustav. Seetõttu kipub vahel kuriteo ohvrist saama kogu ühiskonna ohver.

Eristatakse kahte peamist teisese ohvristumise allikat:

- inimeste (ehk teiste ühiskonnaliikmete) põhjustatud
- avaliku sektori institutsioonide põhjustatud.

Inimeste poolt põhjustatud teisest ohvristumist käsitletakse ennekõike ühiskonna teiste liikmete, sh perekonnaliikmete ja lähedaste hukkamõistva suhtumisena. Lisaks võib kannatanule põhjustada täiendavaid ebameeldivusi osalemine menetlusprotsessis, näiteks juhtudel, mil teda survestatakse, sunnitakse ebameeldivat juhtumit meelde tuletama,

seatakse sõnu kahtluse alla; samamoodi võib ebameeldivusi tekitada kohtumine süüteo toimepanijaga jne. Menetlusorganite eesmärgiks on kurjategija tabamine ja tema karistamine, kuid meetodid, mille abil selleni püütakse jõuda, ei pruugi alati ohvri arvates piisaval määral arvestada tema tunnete ja soovidega.

Ohvrite teisese kahjustamise viisid võivad olla järgmised:

- kannataja liigne ohvrirolli surumine,
- ohvrile ülemäärase patoloogia omistamine,
- sildistamine,
- häbimärgistamine,
- olemasoleva toetuse õõnestamine,
- liiga palju või liiga vähe tähelepanu tõsisele probleemile,
- teenust pakkuvate süsteemide killustatus,
- nõustamise halb kvaliteet ja väljaõppe ning supervisioonide puudumine,
- suutmatus mõista vägivalla sotsiaalset konteksti ja olemust,
- ebapiisav informeeritus menetluse käigust,
- menetlusprotsessi pikkus ja kulukus,
- küsitlemine politseiuurija või prokuröri poolt ja kohtuistungil, vajadus korduvalt ütlusi anda,
- ametnike mittetoetav suhtumine,
- ebavõrdne kohtlemine,
- kokkupuutumine süüdistatavaga,
- kannatanule või tunnistajale ebaõiglasena tunduvad menetluslikud otsused.

Enamik nimetatud teguritest on välditavad. Seksuaalvägivalla tagajärjed ei mõjuta ainult ohvrit, vaid sellel on tagajärjed kannatanute lastele, lähedastele, sotsiaälvõrgustikele ning kogukondadele. Tagades ohvritele vajalikud teenused ja koheldes neid kogu menetluse käigus kaastundlikult, toetavalt ning viisakalt, aitab sotsiaalsüsteem sellega kaasa ohvri paranemisele kuriteoga ohvrile tekitatud kahjust. Vastupidisel juhul, kui ohver ei saa vajalikke teenuseid ning temasse suhtutakse menetluse raames tundetult ning ebaviisakalt, suurendab vastav käitumine ohvri jõuetuse-, häbi-, ja süütunnet.

VII Sekundaarne trauma

Sekundaarne trauma (*secondary trauma, vicarious trauma, compassion fatigue*) on abistaja sisemine muutus, mis tuleneb tööst traumaohvritega. Tegemist on kaudselt traumaatiliste stressorite kogemisega, seoses traumata kogenud inimeste aitamisega. Sekundaarset traumata iseloomustavad: mõtete vältimine, intensiivsed tunded seoses kliendi traumaga ja sellele teemalised vestlused, vähenenud huvi oluliste tegevuste vastu, üliväsimus, sündmuse taaskogemise tunne. On oluline, et psühholoog (või mõni teine traumaohvritega töötav spetsialist) oleks teadlik ja oskaks jälgida muutusi iseendas. Sekundaarne trauma erineb läbipõlemisest. Läbipõlemise korral on inimene füüsiliselt väsinud, tunneb end tühjaks pigistatuna ja tal pole energiat töökohustuste jaoks ja pole soovi tööle minna. Teisene trauma tähendab järkjärgulisi muutusi abistaja tööle pühendumises, oma võimetest arusaamises ja

usus muutuste saavutamise osas. Tekivad küsimused oma üldiste uskumuste süsteemi ja oma isikliku elu osas. Kokkupuude kellegi teise valu, abituse ja hirmudega võib psühholoogi tasapisi muuta. SVV ohvritega töötavate psühholoogide seas ei ole sekundaarse trauma tekkimine haruldane, seetõttu on oluline osata märgata teisese trauma tekkimist, ennetamaks psühholoogil iseenda kahjustamist ja nõustamise kvaliteedi langust.

On leitud mitmeid tegureid, mis mõjutavad sekundaarse trauma tekkimist:

- nõustaja isiklik traumakogemus minevikus,
- väga suure hulga ohvritega kokkupuutumine,
- tööandja kõrged ootused psühholoogi tööle,
- nõustaja madal enesekindlus spetsialistina töötamise osas,
- isiklik elustiil ja varasemad toimetulekuoskused tööle asumise hetkel,
- isiklikud veendumused ja uskumused,
- madal eneseteadlikkus.
- supervisiooni ja väljaõppe puudumine.

Märgid, mis võivad viidata sekundaarse trauma tekkimisele:

- eemaldumine lähedastest,
- pigem negatiivne kui positiivne hoiak,
- lootusetusetunne või meeleheide,
- õudusunenägude tekkimine,
- seltskondlikest tegevustest loobumine,
- iseendale suunatud isikliku aja vähenemine,
- üha suurenev tundlikkus vägivallateemade suhtes,
- maailmanägemuse muutumine,
- peaaegu kõigi teemade taustsüsteem näib olevat seotud vägivalla, kuritegevuse või ebaõiglusega,
- võime unistada või seada tulevikueesmärke on vähenenud,
- võime säilitada enesekindlus on vähenenud,
- isiklik identiteet on üha enam seotud tööalase tegevusega,
- ilmnevad ülekande (*transference*) ja vastuülekande (*countertransference*) protsessid,
- tekib vaenulik suhtumine teiste inimeste ja politsei- või õigussüsteemi vastu,
- suurenenud alkoholi, ravimite tarbimine või söömine,
- oma emotsioonide juhtimise võime väheneb.

Sekundaarse trauma puhul algab sekkumine teadmistest ja teadvustamisest. Seejärel tuleb need teadmised psühholoogil oma ellu integreerida. Läbi teadvustamise, mis osas psühholoog on ise haavatav, saab hakata kohanema ja parandada toimetulekut. Tuleb mõista, et töö SVV ohvritega võib muuta nägemust maailmast ja inimestest. Teadlikkus oma vajadustest, emotsioonidest, võimalustest ja piirangutest aitab hoida mõistlikkuse piires endale esitatud ootusi. Oluline on jaotada aega iseendale, teistele inimestele, tööle ja puhkamisele. Mõnikord pakutakse psühholoogile väga palju tööülesandeid, mis võivad tähendada tema kui eksperdi usaldamist ja tunnustust varasema hea töö eest. Paraku seesugune tunnustus ei aita kaasa psühholoogi puhkamisele, taastumisele ja enese tasakaalustamisele.

Tähelepanu tuleb pöörata töövälise kontaktide säilitamisele, mis aitavad hoida laiemat perspektiivi elust – see aitab meenutada, et elu ei koosne vaid traagilistest sündmustest ja vägivallast. Tuleb osata ära tunda hetki, kus on vaja professionaalset abi – supervisooni või nõustamist.

Juhendi koostamisel kasutatud allikad

- Alberta Justice and Solicitor General (2013). *Best Practices for Investigating and Prosecuting Sexual Assault*. Alberta Government
- Allen, M., Perttu, S. (2010). *Sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna õpetajad vägivalla vastu. Õpetaja käsiraamat*. Helsingi: Helsingi Ülikooli Palmenia Täienduskoolitus Keskus
- Black M. C. (2011). *Intimate partner violence and adverse health consequences*. American Journal of Lifestyle Medicine, 5(5):428– 439.
- California Coalition Against Sexual Assault (CALCASA) (1999). *Support for Survivors. Training for Sexual Assault Counselors*
- California Coalition Against Sexual Assault (CALCASA) (2001). *Counseling Tools for the Prevention and Reduction of Post-Traumatic Stress Reactions*
- California Coalition Against Sexual Assault (CALCASA) (2004). *Sexual Assault Training Standards. A Trainer's Guide*
- Campbell, R., Ahrens, C. E., Sefl, T., Wasco, S. M., Barnes, H. E. (2001). *Social Reactions to Rape Victims: Healing and Hurtful Effects on Psychological and Physical Health Outcomes*. Violence and Victims, 16(3), 287-302.
- Choudhary, E., Smith, M., Bossarte, R. M. (2012). *Depression, anxiety, and symptom profiles among female and male victims of sexual violence*. American Journal of Men's Health, 6(1), 28-36.
- Farber, B. A., Feldman, S., Wright, A. J. (2014) *Client disclosure and therapist response in psychotherapy with women with a history of childhood sexual abuse*. Psychotherapy Research, 24, 3.
- FRA (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*. European Union Agency for Fundamental Rights.
- Greenberg, M., & Stone, A. (1992). *Emotional disclosure about traumas and its relation to health: Effects of previous disclosure and trauma severity*. Journal of Personality and Social Psychology, 63(1), 75-84.
- Jina, P., Thomas, L.S. (2013). *Health consequences of sexual violence against women*. Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology. 27(1), 15-26.
- Josse, E. (2010). *'They came with two guns': the consequences of sexual violence for the mental health of women in armed conflicts*. International Review of the Red Cross. 92(877)
- Justiitsministeerium (2012). *Kannatanud ja tunnistajad süüteomenetluses*. Tallinn: Justiitsministeeriumi kriminaalteabe ja analüüsi talitus
- Justiitsministeerium (2015). *Kuritegevus Eestis 2014*. Tallinn: Kriminaalpoliitika uuringud

Karistusseadustik. Riigiteataja, RT I, 23.12.2014, 16

Kase, H., Pettai, I. (2006). *Naistearstile naistevastasest vägivallast*. Tallinn: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut

Krug, E. G, Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. editors (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organisation

Laanpere, M. (2014). *Seksuaalvägivalla müüdid*. Ettekanne konverentsil „Seksuaalvägivalla ohvrite abistamiseks laiapõhjalise koostöövõrgustiku loomine ja võimestamine“ 19.09.2014 Lastekaitseasutus. Riigiteataja, RT I, 06.12.2014, 1

Levin, R. J., Berlo, W. (2004). *Sexual arousal and orgasm in subjects who experience forced or non-consensual sexual stimulation – a review*. Journal of Clinical Forensic Medicine 11: 82–88.

Norris, F., Kaniasty, K. (1994). *Psychological distress following criminal victimization in the general population: cross-sectional, longitudinal, and prospective analyses*. Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 62 (1), 111-23.

O'Donohue, W., Carlson, G. C., Benuto, L. T., Bennett, N. M. (2014). *Examining the Scientific Validity of Rape Trauma Syndrome*. Psychiatry, Psychology and Law, 21(6), 858-876.

Otstavel, S. (2014). *Juhendmaterjal seksuaalvägivalda kogenud inimeste tugiisikutele*. Naiste tugi- ja teabekeskus

Part, K. (2014). *Seksuaalvägivalla ohvri esmase abi ja rehabilitatsiooni juhised meedikutele*. Tartu Seksuaaltervise Kliinik. Käsikiri

Perttu, S., Kaselitz, V. (2006). *Kuidas aidata perekonda, milles esineb vägivalda - juhised tervishoiutöötajatele*. MTÜ Naiste Varjupaik

Perttu, S., Mononen-Mikkilä, P., Rauhala, R., Särkkälä, P. (2001). *Ava silmad! Käsiraamat vägivalda kogenud naistele*. Jyväskylä

Petrak, J., Hedge, B. (2003) (Editors). *The Trauma of Sexual Assault: Treatment, Prevention and Practice*. Wiley

Rennison, C. M. (2002). *Rape and Sexual Assault: Reporting to Police and Medical Attention, 1992-2000*. Washington: U.S. Department of Justice

Resnick, H, Acierno, R, Holmes, M, Kilpatrick, D. G, Jager, N. (1999). *Prevention of post-rape psychopathology: Preliminary findings of a controlled acute rape treatment study*. Journal of Anxiety Disorders, 13, 359-370.

Smith, S.G. (2005). *The Process and Meaning of Sexual Assault Disclosure*. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. Georgia State University

Soo, K., Laanpere, M., Lippus, H., Part, K. (2015). *Seksuaalvägivalla levimus ja hoiakud Eestis: uuringute ülevaade*. Tartu: Eesti Seksuaaltervise Liit

Šlik, J., Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (2007). *Psühhiaatria*. Tallinn: Medicina

Toomet, K., Loit, M., Vatter, A. (2001). *Juhiseid tööks seksuaalvägivalla ohvritega*. Tallinn: Eesti Pereplaneerimise Liit.

Traat, U. (2010). *Viktimoloogia: areng, aine ja uuringud. Avaldatud kogumikus: Seadusriigist õigusühiskonda. Ühiskonna Turvalisuse teenistuses. Artiklite kogumik*. Tallinn: Sisekaitseakadeemia

Ullman, S.E., Relyea, M., Peter-Hagene, L., Vasquez, A.L. (2013). *Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims*. Addictive Behaviors, 38, 2219-2223.

Uppsala Universitet (2007). *Handbook. National Action Programme for the Health Care and Medical Services' Reception and Care of Victims of Sexual Assault*. Uppsala: The National Centre for knowledge on Men's Violence Against Women

Walsh, R. M., Bruce, S. E. (2014). *Reporting Decisions After Sexual Assault: The Impact of Mental Health Variables*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6(6), 691– 699.

Wells, D.L. (2006). *Sexual assault practice: Myths and mistakes*. Journal of Clinical Forensic Medicine, 13, 189–193.

World Health Organisation (WHO) (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva

World Health Organisation (WHO) (2004). *Clinical management of rape survivors*. Geneva

World Health Organisation (WHO) (2012). *Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: 10 myths*. Geneva

World Health Organisation (WHO) (2014). *Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Fact sheet*. Geneva

Lisa 1. Teismelistega töö eripärad

- Tulenevalt seadusandlikest regulatsioonidest, on vajalik teavitamine alaealisest seksuaalvägivalla ohvrist (vt käesolev juhend Ptk III)
- Teismelisel on sarnased vajadused täiskasvanud SVV ohvriga – meditsiinilised, sotsiaalsed ja psühholoogilised
- Kuigi teismelisel võib olla omajagu seksuaalkogemusi, ei pruugi nad olla teadlikud oma seksuaalsetest õigustest ja valikuvõimalustest. Võib juhtuda, et teismeline ei pea tuttava poolt toime pandud seksuaalvägivaldale kuriteoks ning arvab selle olevat seksuaalse eksperimenteerimise;
- Noortel võib olla arusaam, algselt antud nõusolek vahekorraks tähendab, et hilisemalt pole õigus ümber mõelda
- Teismeline võib end süüdistada liigeses usaldamises, alkoholitarvitamises, napi riietuse kandmises või algses huvi üles näitamises isiku vastu, kes hiljem ründas
- Võib olla vajadus selgitada, mis on SVV ning et sellega võib kaasneda ka raseduse ja haiguste risk;
- Võib olla mitmeid põhjuseid seoses vanematega, miks teismeline ei taha neile SVV kogemusest rääkida
 - Kohting vägivallatsejaga toimus vanemate loa vastaselt
 - Nooruk läks sel ööl, kui ta vägistati, salaja välja
 - Hirm selle ees, et vanemad saavad teada seksuaalkäitumise olemasolust
 - Nooruk oli purjus või tarbinud narkootilisi aineid
 - Ta on armunud vägivallatsejasse ning segaduses juhtunu üle
 - Hirm selle ees, et teda karistatakse juhtunu pärast
 - Hirm saada süüdistuste ja hukkamõistu osaliseks
 - Puudub lähedus vanematega
 - Peres on norm, mille kohaselt naised on allasurutud
 - Vanematel on oma eluga probleeme ja ei taheta vanemaid koormata;
- Nõustaja ei peaks kahtlema nooruki arukuses, tema vähene elukogemus ei tähenda, et ta poleks võimeline tegema keerukaid otsuseid iseseisvalt;
- Teismeline on võib olla juba ka ise mõelnud, kuidas end aidata ja jõustada;
- Anda ainult selliseid lubadusi, mida on võimalik täita ;
- Püüda võimalikult palju kuulata, paljud teismelised tunnevad sellest oma elus puudust;
- Teismelistega kriisitöö on sarnane nagu täiskasvanutega – ei ole vaja võtta vanema rolli ega kliendi eest vastutust; ka neile tuleb edastada täpset teavet, mida vajavad otsuste tegemiseks;
- Ei peaks eeldama, et kogetud SVV on nooruki ainus probleem.
-

Lisa 2. Näide traumareaktsioonide hindamise küsimustikust (täidab spetsialist)

Traumasündmuste taaskogemine

- Traumaga seotud soovimatud mõtted või kujutlused
- Traumaga seotud (õudus)unenäod
- Tunne, nagu sündmus toimuks uuesti (*flashback*'id)
- Äärmuslik distress puutudes kokku traumad meenutavate asjaoludega
- Väga tugevad kehaliste reaktsioonide tekkimine, kui miski traumad meenutab (südamepekslemine, pinge)

Traumad meenutava pidev vältimine

- Tunnete ja mõtete vältimine, mis on traumaga seotud, sh teistega traumast rääkimise vältimine
- Traumad meenutavate olukordade ja inimeste vältimine (sh kiindumus- või seksuaalsuhted)
- On raskusi juhtunu oluliste osade mäletamisega

Eemaldumine ja tuimus

- Huvi vähenemine varem olulisena tundunud tegevuste vastu
- Tunne, et ollakse teistest eemaldunud, võõrandunud ja puudub võimalus kontaktiks
- Emotsionaalse tuimuse tunne, eriti mis puudutab positiivseid emotsioone nagu armastus, rõõm
- Tunne, nagu elu jääb elamata või ei saa elada nii kaua, nagu on kunagi eeldatud

Suurenenud erutusseisund

- Pidevad uinumis- ja magamisraskused
- Äärmuslik ärrituvus ja vihapursked
- Keskendumisraskused
- Kõrgenenud valvsus
- Kergesti ehmumine

Lisa 3. Näide hingamisharjutusest

Kui inimesed muutuvad ärevaks, muutub sageli nende hingamine, tavaliselt kiiremaks ja pinnapealsemaks. See võib põhjustada tasakaalu häirumist sissehingatava hapniku ja väljahingatava süsihappegaasi vahekorras, tuues endaga kaasa pearinglust, uimasust, surinat kehas või ebamugavustunnet rinnus. Hingamisharjutused õpetavad inimest olema rohkem teadlikud oma hingamisest ja seda aeglustama.

Hinga normaalselt sisse (mitte väga sügavalt), läbi nina, mitte suu kaudu.

Hinga läbi suu aeglaselt välja, öeldes sõna „rahunen“ ja püüa aegamööda lõõgastuda.

Seejärel oota paar sekundit enne järgmist sissehingamist.

Korda harjutust.

Lisa 4. Näide lihaslõdvestusest

Ei ole haruldane, et inimesed ei tea, kui pinges nende lihased tegelikult on. Üks tehnika, progresseeruv lihaslõdvestus, aitab inimestel õppida ära tundma lihaspinge ja –lõdvestuse erinevust. Seda tehakse süstemaatiliselt erinevaid lihasgruppe pingutades ja seejärel lõdvestades.

Püüa tunnetada piirkondi, mis on eriti pinges (võib-olla õlad või lõuad, kui hambad on väga tugevalt kokku surutud).

Pinguta neid lihaseid umbes 10 sekundiks, umbes poole võrra maksimaalsest pingutusest.

Nüüd las lihased lõdvaks ja tunneta pingutuse ja lõdvestuse erinevust. Märka meeldivaid aistinguid seoses lõõgastamisega ja luba endal üha enam lõdvestuda.

Võid end kujutleda paika, kus tunned end rahulikult ja turvaliselt. Luba mõtetel ja tundmustel endast läbi minna. Kui koged mõtteid või aistinguid, mis on hirmutavad, ava oma silmad ja keskendu mõnele esemele enda ees.

Lisa 5. Näide positiivsest sisekõnest

Kuna elus pole võimalik stressoreid vältida, aitavad järgmised enesesisendused nendega tegeleda, olgu tegemist kas rünnakuga otseselt seotud stressoriga või mitte.

Stressoriga toimetulekuks valmistumine

- *Mis see on, mida ma tegema pean?*
- *Selle asemel, et keskenduda halvale enesetundele, keskendnu sellele, mida ma saan sellega peale hakata.*
- *Ma olen probleemidega juba pikka aega tegelenud, ma saan sellega hakkama.*
- *Mul on toetus inimestelt, kellel on kogemus seesuguste asjadega tegelemisel.*

Stressorile vastuseisimine

- *Ma teen ühe sammu korraga*
- *Tunded, mida ma praegu kogen, annavad mulle võimaluse kasutada omandatud toimetulekutehnikaid, näiteks hingamine ja lõdvestumine*
- *Keskendun oma varasemale plaanile*
- *Mul pole põhjust endas kahelda, mul on plaan ja oskused sellega toime tulla*

Toimetulek tunnetega

- *Need tunded võivad mind pidurdada, kuid need ei muuda mind tegutsemisvõimetuks.*
- *Ka seegi möödub.*
- *Ma võin end tunda halvasti, kuid ma tulen sellega toime.*

Peale stressori möödumist

- *Ma tegin seda!*
- *Ma teen edusamme!*
- *Üks samm korraga!*

Lisa 6. Vajalikud kontaktid

- Politsei 112
- Politsei kliendiinfo telefon 612 3000
- Sotsiaalkindlustusameti ja Ohvriabi infotelefon 16106
- Üle-Eestiline Lasteabi telefon 116 111 www.lasteabi.ee
- Üle-Eestiline lühinumber füüsilist, vaimset, majanduslikku ja/või seksuaalset vägivalda kogenud naistele 1492 www.naisteliin.ee
- Seksuaalvägivalda ohvrite tugiliin 55 94 94 96 www.naistetugi.ee
- Meeste Kriisikeskus 502 58 57 www.meestekriisikeskus.ee
- Psühholoogiline- ja juriidiline nõustamine, tugiisikuteenus kohtus, politseis 67 33 854
- Üle-Eestiline anonüümne muretelefon
126 (eesti keeles, kl 17.00 – 03.00)
127 (vene keeles, kl 19.00 – 23.00)
- Usaldustelefon Eluliin
655 8088 (eesti keel, kell 19.00 – 07.00)
655 5688 (vene keel, kell 19.00 – 07.00)

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Monika Väandra,

(autori nimi)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Seksuaalvägivalla ohvrite esmase psühholoogilise nõustamise juhendi koostamine“,
(lõputöö pealkiri)

mille juhendajad on Kaia Kastepõld-Tõrs ja Kairi Kreegipuu

(juhendaja nimi)

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 25.05.2015